



DOSSIER INSCRIPTION ACM 2024/2025 CAUSSE DE LA SELLE

Cadre réservé à Court Bouillon

ANNEE

QF :€ Tranche :

Aide VACAF/ MSA/ autres:

- adhésion
 fratrie 10%
 attestation d'assurance
 vaccins

Tarif ALSH :

Mercredis : €

Vacances : €

A NOTER > Infos sanitaires :

am pm

- MERCREDIS > Trimestre 1
 MERCREDIS > Trimestre 2
 MERCREDIS > Trimestre 3
 VACANCES > Automne
 VACANCES > Hiver
 VACANCES > Printemps
 VACANCES > Juillet
 WEEK-END > Dinette

REGIME

- Régime général MSA

Autre (préciser) :

Caisse Maritime - SNCF

N° Allocataire CAF :

ASSURANCE

Nom

N° contrat :

> Attestation assurance à fournir

ENFANT

NOM :

PRENOM :

AGE : Né.e le :/...../..... à

Ecole/Commune :

Classe :

PARENTS / RESPONSABLES LEGAUX

- 2 parents Parent 1 Parent 2 Tuteur.rice

Nom - Prénom

Adresse

CP

Commune

Situation familiale :

Nombre d'enfants à charge :

Profession :

Nom médecin traitant :

Tél :

Personnes à contacter (autres que les parents) en cas d'urgence :

Nom : Tél : Qualité* :

Nom : Tél : Qualité* :

Nom : Tél : Qualité* :

*Grands-parents ; ami.e.s ;

TELEPHONE / MAIL

Domicile

Mobile Parent 1

Mobile Parent 2

Mail Parent 1

Mail Parent 2

AUTORISATION DE SORTIE

Nom : Tel : Qualité :
Nom : Tel : Qualité :
Nom : Tel : Qualité :

Est/Sont autorisé.e.s à prendre en charge mon enfant à la sortie de l'ACM.

J'autorise mon enfant (uniquement pour les enfants de + 6 ans) à quitter seul l'ACM pour rentrer chez lui.elle sans que la responsabilité de Court Bouillon puisse être engagée.

ALLERGIES

Alimentaires, Asthmes, Médicamenteuses, Autres (préciser) :

>> Joindre un certificat médical précisant les causes d'allergies, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

REGIMES ALIMENTAIRES

> JOINDRE OBLIGATOIREMENT LA COPIE DU CARNET DE VACCINATION (avec Diphtérie/Tétanos/Polio)

> Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, traitement anticoagulant) En précisant les dates et les précautions à prendre.

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

>> Précisez si votre enfant porte des lentilles, lunettes, prothèses auditives, dentaires,

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné.e :

Autorise Court Bouillon à filmer, photographier, publier, diffuser la photographie de mon enfant oui non

Autorise l'équipe d'encadrement à prendre toutes mesures (traitement, médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de mon enfant. oui non

M'engage à rembourser les frais médicaux en cas d'intervention d'un.e médecin. oui non

Autorise la directrice à consulter mon quotient familial sur le site de la CAF : CDAP oui non

Voulez -vous être sur le Groupe What's App Court Bouillon pour échnager et avoir des informations? oui non

Date :// Signature : (suivie de la mention « Lu et approuvé)