

## ENFANT(S) A INSCRIRE

NOM : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ...../...../..... Sait nager : oui / non

NOM : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ...../...../..... Sait nager : oui / non

NOM : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ...../...../..... Sait nager : oui / non

NOM : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ...../...../..... Sait nager : oui / non

## PARENT(S) OU PERSONNE(S) AYANT LA RESPONSABILITE DE L'ENFANT

NOM : .....	NOM : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
.....	.....
.....	.....
Tél. domicile : .... / .... / .... / .... / ....	Tél. domicile : .... / .... / .... / .... / ....
Tél. portable : .... / .... / .... / .... / ....	Tél. portable : .... / .... / .... / .... / ....
Mail : .....	Mail : .....
Tél. travail : .... / .... / .... / .... / .....	Tél. travail : .... / .... / .... / .... / .....

## REGIME D'AFFILIATION

Les informations suivantes permettent à l'association d'appliquer une tarification au plus juste de la situation ainsi que l'utilisation d'éventuels droits accordés par ces organismes (VACAF...)

CAF : N °Allocataire : .....	MSA : N° SS :..... .....	Autre : (RATP, SNCF, EDF/GDF) .....
------------------------------------	--------------------------------	---

*J'autorise l'association à consulter mon quotient familial sur le site de la CAF, lorsque nécessaire.*

**N ° Sécurité Sociale** : .....

**Quotient Familial** : .....

### Mention RGPD :

La présidente de l'association Familles Rurales de l'Orne est responsable du traitement des données recueillies sur ce formulaire. Les informations de ce document font l'objet d'un traitement destiné à accueillir vos enfants au centre de loisirs d'Athis Val de Rouvre. Les destinataires de ces données sont l'équipe d'encadrement et les services de l'Etat (SDJES, PMI, CAF, MSA). Ce document est conservé pour une durée de 5 ans. En vertu du règlement général de l'UE sur la protection des données (RGPD), vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectifications aux informations qui vous concernent. Si besoin, veuillez-vous adresser à la direction de l'ACM.

# Calendrier des présences

## Février 2024

**Merci de cocher les présences de votre/vos enfant(s)**

N'HESITEZ PAS A PHOTOCOPIER CETTE PAGE – OU A EN DEMANDER UNE SECONDE - SI NECESSAIRE

Nom et Prénom de(s) l'enfant(s) : .....

	Journée (9h-17h)	Garderie matin (7h30-9h)	Garderie soir (17h-18h30)
<b>Lundi 26 février</b>			
<b>Mardi 27 février</b>			
<b>Mercredi 28 février</b>			
<b>Jeudi 29 février</b>			
<b>Vendredi 01 mars</b>			
(réservé à l'administration)			
<b>Total jour</b>			

Si planning différent dans la fratrie :

Nom et Prénom de l'enfant : .....

	Journée (9h-17h)	Garderie matin (7h30-9h)	Garderie soir (17h-18h30)
<b>Lundi 26 février</b>			
<b>Mardi 27 février</b>			
<b>Mercredi 28 février</b>			
<b>Jeudi 29 février</b>			
<b>Vendredi 01 mars</b>			
(réservé à l'administration)			
<b>Total jour</b>			

**Tout désistement non signalé 48h ouvrées à l'avance entraînera la facturation de la journée(sauf présentation d'un justificatif)**

A ....., le .....2024

Signature :

## AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné (e)..... autorise le Responsable de l'ACM à présenter mon (mes) enfant(s) au médecin en cas de soins à donner d'urgence et si nécessaire sous anesthésie.

Je m'engage à rembourser à Familles Rurales s'il y a avance de frais médicaux et frais annexes.

Si cela est possible, je souhaite la consultation du Docteur ..... ou l'hospitalisation à .....

J'autorise également mon (mes) enfant(s) à :

**raier les mentions inutiles**

- participer aux activités organisées par l'association
- participer aux séjours courts (mini-séjours), aux séjours de vacances
- se baigner sous surveillance
- se faire photographier et publier les photos dans la presse/supports vidéos/site internet Familles Rurales.

J'autorise Familles Rurales à faire transporter mon (mes) enfant(s) pour les besoins des activités du centre par l'équipe d'encadrement, les responsables de Familles Rurales, des bénévoles et/ou moyens collectifs (autocar, train).

Personnes - autres que les parents - à prévenir en cas de nécessité :

NOM : ..... Prénom : ..... Tél. : .....

NOM : ..... Prénom : ..... Tél. : .....

### **Sortie des enfants :**

J'autorise mon (mes) enfant(s) à rentrer à la maison à la fermeture de l'ACM s'il est accompagné de ..... ou de toute autre personne pour laquelle je m'engage à faire connaître l'identité auparavant à l'équipe d'encadrement.

J'autorise mon (mes) enfant(s) à **rentrer seul-e** à la fermeture de l'ACM (*cocher la case*)

## DOCUMENTS A FOURNIR

- Calendrier des présences vacances de février 2024 ;
- Règlement intérieur lu et signé ;
- Fiche sanitaire de liaison dûment remplie et signée + photocopies des vaccinations ;
- Autorisation parentale de reproduction et/ou de diffusion de photo ;
- Adhésion Familles Rurales 2024 : joindre la photocopie de votre carte ou votre numéro d'adhésion. Si vous n'êtes pas encore adhérent-e, **merci d'établir un chèque de 26€ à l'ordre de Familles Rurales de Carrouges** ;
- Votre quotient familial.

**Votre ou vos enfant(s) seront inscrits lorsque nous aurons reçu tous les documents mentionnés ci-dessus ainsi que le montant total de leur inscription. La grille détaillée des tarifs est à retrouver dans le règlement intérieur.**

### ADHESION

N°.....

Payée le : .....

Mode de règlement : .....

A.....

Le .....

Signature :



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

cerfa  
N° 10008\*02

Code de l'Action Sociale et des Familles

1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_  
PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
GARÇON  FILLE

FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE EVITE DE VOUS DÉMURIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui  non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Pipi ou lit <input type="checkbox"/> lit <input type="checkbox"/> lit <input type="checkbox"/> lit			

ALLERGIES : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :  
LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS  
VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LUNETTES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON  OCCASIONNELLEMENT  OUI

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON  OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_  
ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) \_\_\_\_\_  
Numéros de téléphone : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_  
Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_  
Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_  
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare  
exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant,  
toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de  
l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une  
hospitalisation.

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS

**RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE**

Identifiant national de compte bancaire - RIB

Banque	Guichet	N° compte	Clé	Devise
<b>15489</b>	<b>04850</b>	<b>00086454903</b>	<b>45</b>	<b>EUR</b>

Domiciliation  
**CCM ALENCON CENTRE**

Identifiant international de compte bancaire

IBAN (International Bank Account Number)  
**FR76 1548 9048 5000 0864 5490 345**

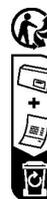
BIC (Bank Identifier Code)  
**CMCIFR2A**

**Domiciliation**  
CCM ALENCON CENTRE  
6 RUE SAINT BLAISE  
BP 155  
61005 ALENCON CEDEX  
0 820 82 15 52 (Service 0,12 €/min + prix appel)

**Titulaire du compte (Account Owner)**  
FED DEPARTEMENT ASS FAMILIALES RURALES  
CENTRE DE LOISIRS CARROUGES  
44 RUE DE CERISE  
61000 ALENCON

Remettez ce relevé à tout organisme ayant besoin de connaître vos références bancaires pour la domiciliation de vos virements ou de prélèvements à votre compte. Vous éviterez ainsi des erreurs ou des retards d'exécution.

PARTIE RESERVEE AU DESTINATAIRE DU RELEVÉ

**RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE**

Identifiant national de compte bancaire - RIB

Banque	Guichet	N° compte	Clé	Devise
<b>15489</b>	<b>04850</b>	<b>00086454903</b>	<b>45</b>	<b>EUR</b>

Domiciliation  
**CCM ALENCON CENTRE**

Identifiant international de compte bancaire

IBAN (International Bank Account Number)  
**FR76 1548 9048 5000 0864 5490 345**

BIC (Bank Identifier Code)  
**CMCIFR2A**

**Domiciliation**  
CCM ALENCON CENTRE  
6 RUE SAINT BLAISE  
BP 155  
61005 ALENCON CEDEX  
0 820 82 15 52 (Service 0,12 €/min + prix appel)

**Titulaire du compte (Account Owner)**  
FED DEPARTEMENT ASS FAMILIALES RURALES  
CENTRE DE LOISIRS CARROUGES  
44 RUE DE CERISE  
61000 ALENCON

Remettez ce relevé à tout organisme ayant besoin de connaître vos références bancaires pour la domiciliation de vos virements ou de prélèvements à votre compte. Vous éviterez ainsi des erreurs ou des retards d'exécution.

PARTIE RESERVEE AU DESTINATAIRE DU RELEVÉ

**RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE**

Identifiant national de compte bancaire - RIB

Banque	Guichet	N° compte	Clé	Devise
<b>15489</b>	<b>04850</b>	<b>00086454903</b>	<b>45</b>	<b>EUR</b>

Domiciliation  
**CCM ALENCON CENTRE**

Identifiant international de compte bancaire

IBAN (International Bank Account Number)  
**FR76 1548 9048 5000 0864 5490 345**

BIC (Bank Identifier Code)  
**CMCIFR2A**

**Domiciliation**  
CCM ALENCON CENTRE  
6 RUE SAINT BLAISE  
BP 155  
61005 ALENCON CEDEX  
0 820 82 15 52 (Service 0,12 €/min + prix appel)

**Titulaire du compte (Account Owner)**  
FED DEPARTEMENT ASS FAMILIALES RURALES  
CENTRE DE LOISIRS CARROUGES  
44 RUE DE CERISE  
61000 ALENCON

Remettez ce relevé à tout organisme ayant besoin de connaître vos références bancaires pour la domiciliation de vos virements ou de prélèvements à votre compte. Vous éviterez ainsi des erreurs ou des retards d'exécution.

PARTIE RESERVEE AU DESTINATAIRE DU RELEVÉ

