Fiche d'inscription 2026

Centre d'Animation du Pays de Sommières
Espaces Jeunes – La sphère ados

CADRE RESERVE AU CENTRE D'ANIMATION
(Documents à fournir)
❑ Assurance
❑ Vaccins
M/A :

■ **ENFANT**

Nom : …… Prénom : …… ☐ Garçon ☐ Fille

Date de naissance : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Adresse : ……..……

Code postal : …… Commune : ……...

■ **RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT** ☐ Mère ☐ Père ☐ Autre :

Situation familiale : ☐ Concubin(e) ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)

	PARENT 1 (……)	**PARENT 2** (……)
NOM PRÉNOM		
Adresse ***(Si différente de l'enfant)***		
N° téléphone domicile		
N° téléphone portable		
Adresse mail		
Profession		
Employeur		
N° téléphone professionnel		

Nombre d'enfants à charge : |__|__|

Régime allocataire : ☐ **CAF** : n° allocataire (7 chiffres + 1 lettre) : |__|__|__|__|__|__|__| |__|

☐ **MSA** : n° |__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|__| |__|__|__| |__|__|

☐ **Autres** (SNCF, Caisse Maritime, RATP, …) à préciser : ……

➢ **J'autorise le Centre d'Animation du Pays de Sommières à consulter mon dossier sur le site internet de la Caisse d'Allocations Familiales par le biais de son accès CAFPRO afin de définir le tarif du centre de loisirs.**
☐ Oui ☐ Non *

* *Si vous refusez l'accès via le site CAFPRO, vous devez impérativement nous fournir votre avis d'imposition ou de non-imposition n-2 ainsi que votre attestation de paiement ou de non-paiement de l'organisme qui verse les prestations familiales (CAF, MSA, SNCF, RATP, Caisse Maritime, …). Sans la remise de ces documents, la tarification maximale vous sera attribuée.*

Personnes autorisées à récupérer mon enfant (une pièce d'identité sera demandée) :

Nom-Prénom : …… Téléphone : ___ ___ ___ ___ ___ Lien de parenté : ……

Nom-Prénom : …… Téléphone : ___ ___ ___ ___ ___ Lien de parenté : ……

Nom-Prénom : …… Téléphone : ___ ___ ___ ___ ___ Lien de parenté : ……

■ **RÉGIME ALIMENTAIRE :** ☐ **Sans porc** ☐ **Végétarien** : (Poisson ☐ Avec ou ☐ Sans) ☐ **Autre** : ……

■ **AUTORISATIONS DIVERSES**

Je soussigné(e), Mme / Mr …… responsable légal de l'enfant,

	Oui	Non
Autorise le Centre d'Animation du Pays de Sommières à utiliser l'image de mon enfant sur support photographique ou informatique, pour la présentation et l'illustration des activités du centre à durée indéterminée. Une exploitation de ces photos et de ces vidéos sont à but non commercial.	☐	☐
Autorise mon enfant mineur à quitter le centre de loisirs ou l'espace pré-ados/ados ou la ludothèque seul.	☐	☐

Merci de remplir le verso

J'autorise le responsable du centre d'animation ou son représentant à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant selon les prescriptions du corps médical. Le SAMU et les parents seront immédiatement contactés. Je m'engage à rembourser le montant de tous les frais engagés.

N° de sécurité sociale de l'assuré (auquel l'enfant est rattaché) : I__I I__I__I I__I__I I__I__I I__I__I__I I__I__I__I I__I__I

Assurance (joindre justificatif) : …… N° de police : ……

MÉDECIN TRAITANT

Nom : …… Prénom : ……

Adresse : ……

CP : …… Commune : …… Téléphone : ……

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination) *(joindre justificatif)*

Vaccins obligatoires	Dates vaccins			Date 1er rappel	Date 2ème rappel
Diphtérie / Tétanos (jusqu'à 18 mois)					
Poliomyélite (rappel jusqu'à 13 ans)					

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? ☐ **Oui *** ☐ **Non**

* Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origines marquées au nom de l'enfant avec la notice).
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance datée et signée du médecin.

SANTÉ

Votre enfant est-il : Asthmatique : ☐ **oui** ☐ **non**
Allergique : Médicamenteuses : ☐ **oui** ☐ **non**
Alimentaires : ☐ **oui** ☐ **non** Autres : ……

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

INDIQUEZ CI-APRES :
Si votre enfant est en situation de handicap ☐ **oui** ☐ **non**
➔ Si oui, une rencontre avec l'équipe de direction doit être prévue avant chaque accueil.

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre :**
……
……

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS
Précisez si votre enfant porte des lentilles, lunettes, des prothèses dentaires ou auditives, etc, …
……
……

Je reconnais avoir pris connaissance du projet pédagogique, du règlement intérieur ainsi que la tarification en cours (à votre disposition au secrétariat).

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. Tout dossier incomplet ne sera pas accepté.

Fait à Sommières. Date : …… Signature :

CADRE RESERVE AU CENTRE D'ANIMATION

Quotient familial : …… ☐ Tarif CCPS ☐ Tarif hors CCPS

Aides aux loisirs Caf (3 € ou 4 € la journée) : ☐ oui ☐ non

Autres aides : ……

Autres remarques : ……