



Commercy Void Vaucouleurs  
Communauté de Communes

# EVASION ADOS LEROUVILLE

CENTRE DE LOISIRS DU 07/04/2025 au 11/04/2025



## BULLETIN D'INSCRIPTION

NOM - PRENOM des parents : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

Avez-vous besoin d'un justificatif (CE, ...) ... OUI  ...NON

NOM-Prénom de l'adolescent : \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_

11 ans     12 ans     13 ans     14 ans     15 ans     16 ans     17 ans

**LES TARIFS** A Régler Obligatoirement le jour de l'inscription.

| Semaine du 07/04/2025 au 11/04/2025 |                 |                  |                |
|-------------------------------------|-----------------|------------------|----------------|
| QF                                  | Tarif Passeport | ATL à retrancher | A votre charge |
| 0-550                               | 18.00 €         | 16.00 €          | 2 €            |
| 551-900                             | 19.00 €         | 14.00 €          | 5 €            |
| + de 900                            | 20.00 €         | //               | 20 €           |

REGLEMENT TOTAL DU : \_\_\_\_\_ (Les bons CAF, MSA, CE, chèques vacances sont acceptés)

Règlement : Chèque n° ..... Chèques vacances : .....

Espèces : .....

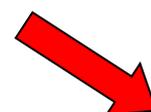
**Dossier à rendre pour le 31/03/2025**

Madame / Monsieur / Responsable légal de l'enfant .....

- déclare avoir pris connaissance de l'intégralité du règlement intérieur, m'engage à le respecter et informer le responsable de tout changement lié au fonctionnement de l'ACM.
- autorise mon enfant inscrit à participer aux activités organisées par le centre (sauf contre-indication médicale à signaler sur la fiche sanitaire de liaison)
- procède au règlement à l'ordre de la Fédération des Œuvres Laïques en même temps que l'inscription.

A..... LE .....

Signature des parents :





## AUTORISATION POUR LE DROIT A L'IMAGE

Madame, Monsieur,

Votre enfant est inscrit dans un centre de loisirs de la Ligue de l'Enseignement. Au cours du séjour, il/elle sera amené/e à utiliser du matériel audio-visuel (photo, vidéo, informatique et internet) lors des activités. Afin que votre enfant puisse passer un séjour optimal, puisse participer pleinement aux activités audiovisuelles et ramener un merveilleux souvenir de ses vacances, nous vous demandons d'autoriser l'apparition de votre enfant sur support photo, vidéo, informatique et internet, conformément à la législation relative aux droits de la personne photographiée et à l'article 9 du code civil.

Je soussigné/e : .....

Représentant/e légal de l'enfant : .....

Demeurant : .....

.....

Inscrit/e sur le centre : .....

Du ..... au .....

> **autorise**      > **n'autorise pas**      (rayer la mention inutile)

L'équipe d'animation et l'organisateur « Ligue de l'enseignement » à utiliser dans le cadre du séjour organisé par la Ligue de l'Enseignement 55 :

- L'image et la voix de mon enfant sur support photographique, vidéo et informatique.
- L'image de mon enfant pour la présentation des activités et l'illustration des centres de loisirs blog, page Facebook ).

Fait à .....

Signature du représentant légal

Le .....

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... / ..... / .....

SEXE : M  F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

**1- VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)**

| VACCINATIONS OBLIGATOIRES | Oui | Non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS <sup>1</sup> | DATES |
|---------------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------------|-------|
| Diphtérie                 |     |     |                            | Coqueluche                       |       |
| Tétanos                   |     |     |                            | Haemophilus                      |       |
| Polioomyélite             |     |     |                            | Rubéole-Oreillons-Rougeole       |       |
|                           |     |     |                            | Hépatite B                       |       |
|                           |     |     |                            | Pneumocoque                      |       |
|                           |     |     |                            | BCG                              |       |
|                           |     |     |                            | Autres (préciser)                |       |

<sup>1</sup> Obligatoire pour les mineurs nés après le 1<sup>er</sup> janvier 2018. S'IL MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

**2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR**

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

**ALLERGIES : ALIMENTAIRES**

MEDICAMENTEUSES

AUTRES (animaux, plantes, pollen) :

Précisez .....

oui  non  
 oui  non

oui non

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser  oui  non

**3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

**4- RESPONSABLES DU MINEUR**

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : ..... TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....

TEL PORTABLE : ..... TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....

Responsable N°2 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : ..... TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....

TEL PORTABLE : ..... TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....

Numéro de sécurité sociale / MSA dont dépend l'enfant : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e) ....., responsable légal du mineur,

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les actualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes

mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : ..... Signature : .....

.....