



Commercy Void Vaucouleurs
Communauté de Communes

EVASION ADOS LEROUVILLE

CENTRE DE LOISIRS DU 07 JUILLET AU 01 AOÛT 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 Juillet au 01 Août 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 :

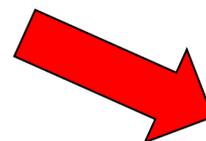
Dossier à rendre pour le 24 juin 2025

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 :



Document recto-verso



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 de :

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

Le

. Signature du représentant légal

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 ¹	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

¹ Obligatoire pour les mineurs nés après le 1^{er} janvier 2018. SI LE 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 oui non
 MEDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
 Précisez

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 :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

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 réactualiser** 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 :