

**MAIRIE DE MEZIRE**  
**05 ROUTE DE LA FORGE**  
**90 120 MEZIRE**

**03.84.27.80.75**

[mairie.mezire@wanadoo.fr](mailto:mairie.mezire@wanadoo.fr)



## FICHE D'INSCRIPTION 2024/2025

### CLUB ADOS

#### ADOLESCENT(S) A INSCRIRE

Nombre de jeunes :

**Précisez pour chacun :**

Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :	Date de naissance :
N° de téléphone :	N° de téléphone :	N° de téléphone :

#### RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

PARENT 1	PARENT 2
Nom-Prénom.....	Nom-Prénom.....
Adresse..... .....	Adresse..... .....
Code Postal.....	Code Postal.....
Ville.....	Ville.....
Tél Domicile.....	Tél Domicile .....
Tél Portable.....	Tél Portable.....
Tél Professionnel.....	Tél Professionnel.....
Adresse Mail .....	Adresse Mail .....
Employeur .....	Employeur .....
.....	.....

## INSCRIPTIONS

<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <u>SEMAINE</u></p> <p><input type="checkbox"/> Vendredi de 18h à 21h</p> <p><input type="checkbox"/> Samedi (ponctuellement pour certaines activités/sorties avec horaires variables).</p> <p><b><u>Nous allons être amener à cuisiner et prendre à des repas sur place, veuillez nous indiquer le régime alimentaire :</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Sans Porc <input type="checkbox"/> Sans Viande <input type="checkbox"/> Normal</p> <p><b><u>Et surtout, les allergies alimentaires :</u></b></p> <p><b>Merci de les préciser dans le détail :</b></p> <p>..... ..... ..... .....</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <u>VACANCES SCOLAIRES</u></p> <p style="text-align: center;"><u>Les horaires et jours de fonctionnement pourront varier en fonction des activités et vous seront communiqués au fur et à mesure</u></p> <p><input type="checkbox"/> Vacances d'Automne</p> <p><input type="checkbox"/> Vacances d'Hiver</p> <p><input type="checkbox"/> Vacances de Printemps</p> <p><input type="checkbox"/> Vacances d'été</p>
<b>Facturation selon la grille tarifaire mentionnée en page 4 du règlement</b>	

**Régime d'appartenance de l'Allocataire CAF :**

Régime général

Régime spécial (MSA)

N° Allocataire CAF : .....

Caisse : .....

N° Sécurité Sociale : .....

Caisse d'affiliation : .....

Les informations portées sur ce formulaire sont obligatoires. Elles font l'objet d'un traitement informatisé destiné à l'organisation et la gestion de l'Accueil de Loisirs Sans Hébergement de la Commune (inscriptions, contacts, facturation...), et seront à ce titre conservées pendant 2 ans. Les destinataires de ces données sont la directrice de l'accueil périscolaire et le service administratif de la Commune. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser au secrétariat de Mairie.

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe : .....

## VACCINATIONS (Se référer au carnet de santé de l'enfant)

Vaccins obligatoires pour les enfants nés à partir du 1.01.2018	Date derniers rappels	Vaccins obligatoires pour les enfants nés avant le 01.01.2018	Date derniers rappels	Vaccins recommandés pour les enfants nés avant le 01.01.2018	Date derniers rappels
Diphtérie		Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Tétanos		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite		Poliomyélite		Coqueluche	
Coqueluche				BCG	
Haémophilus influenzae B				Autres (Précisez) .....	
Hépatite B					
Méningocoque C					
Pneumocoque					
Rougeole-Oreillons-Rubéole					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires **joindre un certificat médical de contre-indication.**

**ATTENTION** : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- Votre adolescent suit-il un traitement médical à prendre pendant les heures d'accueil ?  Oui  Non

Si oui, joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants (dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec notice).

- Votre adolescent souffre-t-il d'une allergie et/ou d'une maladie chronique ?  Oui  Non

Si oui, précisez : .....

- Votre adolescent porte-t-il des lunettes, prothèses dentaires, etc. ?  Oui  Non

Si oui, précisez : .....

**MEDECIN TRAITANT :**

Nom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Les informations portées sur ce formulaire sont obligatoires. Elles font l'objet d'un traitement informatisé destiné à l'organisation et la gestion de l'Accueil de Loisirs Sans Hébergement de la Commune (inscriptions, contacts, facturation...), et seront à ce titre conservées pendant 2 ans. Les destinataires de ces données sont la directrice de l'accueil périscolaire et le service administratif de la Commune. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser au secrétariat de Mairie.