



## ACCUEIL DE LOISIRS MUNICIPAL DE CREUZIER LE NEUF

19 Rue de la Mairie – 03300 CREUZIER LE NEUF

Mail : [clshveil03@gmail.com](mailto:clshveil03@gmail.com) / Tél : 06/22/27/45/08

### FICHE FAMILLE 2026 / 2027



**Famille** : ..... Adresse mail : .....(obligatoire)

Adresse postale : .....

Nom et prénom **PARENT 1** : .....

Tél domicile :

Tél mobile :

Tél professionnel :

Profession :

Employeur :

Nom et prénom **PARENT 2** : .....

Tél domicile :

Tél mobile :

Tél professionnel :

Profession :

Employeur :

Situation familiale des parents : ☐ Mariés/Pacsés/en couple ☐ Divorcés/séparés ☐ Veuf(ve)

Nombre d'enfants à charge : .....

Numéro Allocataire CAF Allier :

Nom du bénéficiaire :

Personnes à prévenir en cas d'urgence et ayant droit de venir chercher mon (mes) enfant(s) :

Nom, prénom : ..... Lien de parenté : ..... Tél.....

Nom, prénom : ..... Lien de parenté : ..... Tél.....

Nom, prénom : ..... Lien de parenté : ..... Tél.....

Nom, prénom : ..... Lien de parenté : ..... Tél.....

#### ENFANT 1 :

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....

Ecole fréquentée : ..... Classe : .....

☐ J'autorise mon enfant de + de 8 ans à rentrer seul

Période d'inscription souhaitée : ☐ Péri-scolaire ☐ Mercredis

#### SANTE

Médecin traitant..... Tél.....

**Vaccinations** : joindre copie du carnet de santé

☐ Vaccins à jour

**Difficultés de santé :**

Allergies : ☐ Alimentaires

☐ Asthme

☐ Médicamenteuse

☐ P.A.I (demander le document) .....

Remarques supplémentaires (régime alimentaire, port de lunettes...) : .....

**Maladies :**

☐ Rougeole

☐ Oreillons

☐ Rubéole

☐ Scarlatine

☐ Coqueluche



## ACCUEIL DE LOISIRS MUNICIPAL DE CREUZIER LE NEUF

19 Rue de la Mairie – 03300 CREUZIER LE NEUF

Mail : [clshveil03@gmail.com](mailto:clshveil03@gmail.com) / Tél : 06/22/27/45/08



### ENFANT 2 :

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....

Ecole fréquentée : ..... Classe : .....

☐ J'autorise mon enfant de + de 8 ans à rentrer seul

Période d'inscription souhaitée : ☐ Péricolaire ☐ Mercredis

### SANTE

Médecin traitant..... Tél.....

**Vaccinations** : joindre copie du carnet de santé

☐ Vaccins à jour

#### Difficultés de santé :

Allergies : ☐ Alimentaires ☐ Asthme ☐ Médicamenteuse

☐ P.A.I (demander le document) .....

Remarques supplémentaires (régime alimentaire, port de lunettes...) : .....

#### Maladies :

☐ Rougeole ☐ Oreillons ☐ Rubéole ☐ Scarlatine ☐ Coqueluche

### AUTORISATIONS

- ☐ Prise en photo pour communication interne (rapport d'activités, expo...)
- ☐ Prise en photos ou vidéos pour communication extérieurs (journal, internet...)
- ☐ Autoriser la prise de toute mesure nécessaire concernant la santé de (des) enfant(s), y compris une hospitalisation ou une intervention chirurgicale après consultation du corps médical
- ☐ Participation aux sorties organisées par le centre de loisirs
- ☐ Transport en minibus ou autocar

#### RGPD

- ☐ Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'ACM et m'engage à le respecter
  - ☐ Autorise la direction de l'ACM à utiliser mon numéro d'allocataire CAF pour les données financières du foyer permettant de paramétrer la facturation
  - ☐ J'ai noté que les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la direction pour établir la facturation (conservées 3 ans)
- Conformément à la loi informatique et liberté, vous pouvez exercer le droit aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant l'équipe de direction.

Date :

Signature :

### DOCUMENTS OBLIGATOIRES

- Attestation d'assurance responsabilité civile et individuelle accident
- Copie des vaccins
- Avis d'imposition du foyer de 2025 sur les revenus de 2024 ou N° CAF
- Être à jour de sa facturation