



Service Enfance
04 50 41 56 46
Enfance-
jeunesse@mairie-cessy.fr

**FICHE INDIVIDUELLE DE DEMANDE D'INSCRIPTION EN ACCUEIL
DE LOISIRS POUR LES VACANCES**

Printemps 2025 (21/04 au 02/05/2025)

*Dossier à remplir uniquement si vous n'avez pas rempli le dossier
périscolaire Cabane 2024/2025*

NOM de l'enfant :

Date de naissance :

Prénom de l'enfant :

Classe ou niveau scolaire :

Ecole :

Pièces à joindre obligatoirement :

- 1 Fiche de renseignements par enfant
- Copie du PAI (*PAI : *Protocole d'accueil individualisé (allergies/intolérances alimentaires)*)
- Attestation d'assurance responsabilité civile et individuelle accidents 2024/2025
- Dernier avis CAF ou dernier avis d'imposition (sans document, facturation au plus haut)
- Si parents séparés, justificatif d'attribution du droit de garde exclusif et extrait de jugement de divorce le cas échéant



Tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte

Cadre réservé à l'administration

Date de dépôt :	Réceptionné par :
Nombre de documents :	Pièces ajoutées ultérieurement (+ date) :
Enregistré par :	

Période d'inscription :

Les inscriptions se déroulent à partir du lundi 31 mars 2025 au service Enfance-Jeunesse de la mairie de Cessy. Clôture des inscriptions le dimanche 13 avril 2025.

Toute demande d'annulation faite en dehors de la période d'inscription, qu'elle soit effectuée en ligne (mail et logiciel) ou via ce formulaire, sera facturée, même en cas d'absence de l'enfant, à l'exception des absences justifiées par certificat médical.

Type d'accueil et dates sélectionnées :

<u>Accueil de loisirs « La Cabane »</u>				
Du 21 au 25 avril				
Lundi Férié	<input type="checkbox"/> Mardi	<input type="checkbox"/> Mercredi	<input type="checkbox"/> Jeudi	<input type="checkbox"/> Vendredi
Du 28 avril au 2 mai				
<input type="checkbox"/> Lundi	<input type="checkbox"/> Mardi	<input type="checkbox"/> Mercredi	Jeudi Férié	<input type="checkbox"/> Vendredi

Autorisations :

- Je soussigné M., Mme autorise ma fille, mon fils à participer aux différentes sorties extérieures organisées par le centre de loisirs.
- Je soussigné M., Mme autorise la ville de Cessy à utiliser l'image de mon enfant dans le cadre des publications municipales aussi bien papier que numérique (site internet, page Facebook de la mairie) et tout autre support de communication

DATE :	SIGNATURES PÈRE ET MÈRE
---------------	--------------------------------

MODE DE PAIEMENT SOUHAITÉ

<input type="checkbox"/> Par prélèvement mensuel automatique Merci de fournir un RIB (si nouveau)	<input type="checkbox"/> Par autres modes de règlements (chèque, espèces, ou CB à régler directement avec le Trésor Public)
------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Facturation au nom et adresse :

	<input type="checkbox"/> Du père	<input type="checkbox"/> De la mère
Nom et prénom :		
Adresse :		
Téléphone professionnel :		
Téléphone privé portable :		
Adresse électronique :		

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur du centre de loisirs et m'engage à le respecter.

DATE :	SIGNATURES PÈRE ET MÈRE
---------------	--------------------------------

Tarifs :

Tarifs Vacances scolaires et Semaines sportives		« Habitants de Cessy »		« Habitants des autres communes »	
Catégorie	Quotient familial	Journée	Journée Avec PAI	Journée	Journée Avec PAI
A	0 à 450	7.20 €	4.25 €	18.00 €	14.50 €
B	451 à 660	9.20 €	6.25 €	23.00 €	19.50 €
C	661 à 800	17.20 €	12.50 €	28.00 €	24.50 €
D	801 à 1100	22.50 €	17.50 €	32.00 €	28.50 €
E	1101 à 1500	26.20 €	21.50 €	37.00 €	33.50 €
F	1501 à 2000	30.20 €	25.50 €	40.00 €	36.00 €
G	2001 à 3000	31.70 €	27.00 €	45.00 €	41.50 €
H	3001 et plus	32.70 €	28.00 €	50.00 €	46.50 €

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Identité	
Nom :	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Prénom :	
Date de Naissance :	
Lieu de Naissance :	

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE DE L ENFANT	
Assurance :	N° de police :

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)	Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	Type : Père / Mère / Autre (Précisez)
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :
Tél. Pro. :	Tél. Pro. :

PERSONNES A CONTACTER			
Autres que les responsables légaux			
Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : (Précisez)		Type : (Précisez)	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (barrer la mention inutile)	
Autorisations	Réponse
Partir seul : Si vous souhaitez que votre enfant parte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche).	OUI / NON
Prise de photo : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.	OUI / NON
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	OUI / NON
Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant	OUI / NON

Appareillage	Réponse
Lunettes : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?	OUI / NON
Appareil dentaire : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?	OUI / NON
Appareil auditif : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI / NON

Handicap	Réponse
Handicapé : Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?	OUI / NON

INFORMATIONS MEDICALES		
Nom du Médecin	Téléphone	Spécialité

VACCIN	Fait le
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite(DTCP)	
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus (DTCPH)	
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus, Hépatite B	
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP)	
Grippe	
Haemophilus influenzae b	
Hépatite A	

VACCIN	Fait le
Hépatite B	
Méningocoque C	
Pneumocoque	
Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR)	
Tuberculose (BCG)	
Varicelle	
Autre	

ALLERGIES

PRATIQUES ALIMENTAIRES	
<input type="checkbox"/> Viande	<input type="checkbox"/> Sans viande

ATTESTATION

Nous soussignés (*).....responsables légaux
de l'enfant (*).....(*) Nom et Prénom

- Certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,
- Nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- Certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- Autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- Attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

Responsable 1 (*)		Responsable 2	
Nom prénom (*)		Nom prénom (*)	
Fait à :		Fait à :	
Date :		Date :	
Signature :		Signature :	

* A remplir obligatoirement