

Bulletin d'inscription

# Accueil de Loisirs

**ANNEE**  
**2023/2024**

Commune  
de Morre

***NOM DE L'ENFANT : .....***

**Photo**

**RENSEIGNEMENTS :**

Julien ORGERET : 06 08 18 82 16  
Mail : [julien.orgeret@groupe-psl.fr](mailto:julien.orgeret@groupe-psl.fr)

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_  
Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_  
Sexe : \_\_\_\_\_ Section : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_

**INSCRIPTION A LA SEMAINE**                      Repas :            AVEC            SANS  
Souhaitez-vous une facture ?            OUI            NON

Dates d'inscriptions :             Valable pour les vacances de la toussaint  
    Valable pour les vacances de Noël  
    Valable pour les vacances de Pâques  
    Valable pour le séjour ski  
    Valable pour le séjour été  
    Valable pour le mini camp  
    Valable pour les vacances de l'été  
    Valable pour l'accueil de loisirs du vendredi soir     Valable pour  
   l'accueil de loisirs du mercredi

Votre enfant nage-t-il seul ? : \_\_\_\_\_  
Mutuelle : \_\_\_\_\_                      N° de mutuelle : \_\_\_\_\_  
Assurance extra-scolaire : \_\_\_\_\_  
Lieu d'hospitalisation : \_\_\_\_\_  
Médecin traitant (nom, prénom, ville, n° de tel) : \_\_\_\_\_

L'enfant peut-il rentrer seul ?

<p>Personne à prévenir en cas d'accident : <small>Nom, prénom, qualité et téléphone</small></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Personne autorisée à récupérer l'enfant : nom, prénom, qualité et téléphone</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	---

Nom du responsable : \_\_\_\_\_                      Civilité : \_\_\_\_\_  
Prénom du responsable : \_\_\_\_\_                      Situation de famille : \_\_\_\_\_  
Adresse mail : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_                      Quartier : \_\_\_\_\_  
Tel (domicile) : \_\_\_\_\_                      Tel (pro) : \_\_\_\_\_                      e-mail : \_\_\_\_\_  
N° de sécu. : \_\_\_\_\_                      Centre de sécu. : \_\_\_\_\_  
CAF : \_\_\_\_\_                      N° CAF : \_\_\_\_\_  
Je soussigné \_\_\_\_\_ déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus

Fait à \_\_\_\_\_                      le : \_\_\_\_\_                      Signature :

## **PHOTOS ET VIDEOS**

<b>Objet : <u>Droit à l'image</u></b>	<b><u>Accueil de loisirs</u> : année 2020/2021</b>
	<b>Profession Sport loisirs 25/90/70</b> 16 chemin de Courvoisier 25000 Besançon

Madame et/ou monsieur \_\_\_\_\_ autorise(nt) l'organisateur à  
*Nom de famille*

Photographier et/ou filmer mon enfant \_\_\_\_\_ au cours d'activités de loisirs.  
*Nom et prénom(s) de l'enfant*

Cette utilisation ne peut être faite que dans le strict cadre d'actions pédagogiques ou d'information : documents de présentation des séjours de vacances, journal ou site internet réalisé par les enfants...

L'utilisation se fera sur :

- Un support très précis (par exemple cédérom, journal ou blog)
- Tout support nécessaire à la présentation indiquée (sur papier, support analogique ou support numérique).

Cette utilisation ne concerne que :

- La période du séjour concerné
- La durée de vie de la présentation (du journal, du blog...) précisée.

Les différents clichés ne seront ni communiqués à d'autres personnes, ni vendus, ni utilisés à d'autres fins.

Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques qui concernent mon enfant est garanti. Je pourrai donc à tout moment vérifier l'usage qui en est fait, et je dispose du droit de retrait de ces productions si je le juge utile.

<u>Date et Signature de l'organisateur :</u>	<u>Date et signature(s) de(s) la personne(s) responsable(s) : deux parents ou tuteurs de l'enfant...</u>
--	--

### **AUTORISATION PARENTALE EN CAS D'URGENCE MEDICALE**

Nous soussignés,.....

(1) père, mère, tuteur, responsable de.....

Autorisons le Directeur du Centre de vacances à mettre en œuvre, en cas d'urgence, les traitements et interventions chirurgicales (anesthésie comprise) qui peuvent être reconnus médicalement nécessaires pour la santé de mon enfant.

Acceptons de payer l'intégralité ou la part des frais de séjours nous incombant ainsi que les frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels.

A ..... Le .....  
Signature,

(1) rayer les mentions inutiles