

Bulletin d'inscription

# Accueil de Loisirs

**ANNEE**  
**2025/2026**

Commune  
de Morre

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

***PRENOM 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 février
- 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 : \_\_\_\_\_

Lieu d'hospitalisation : \_\_\_\_\_

Médecin traitant (nom, prénom, ville, n° de tel) : \_\_\_\_\_

L'enfant peut-il rentrer seul ?            Oui            Non

<b>Personne a prévenir en cas d'accident</b> Nom, prénom, qualité et téléphone _____ _____ _____	<b>Personne(s) autorisée(s) à récupérer l'enfant</b> Nom, prénom, qualité et téléphone _____ _____ _____
--	--

Nom du responsable : \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_ Civilité : \_\_\_\_\_

Situation familiale : \_\_\_\_\_ Tel (perso) : \_\_\_\_\_ Tel (pro) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

Centre sécu : \_\_\_\_\_ N° de sécu : \_\_\_\_\_

CAF : \_\_\_\_\_ N° CAF : \_\_\_\_\_

Je soussigné \_\_\_\_\_ déclare exacts les renseignements 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 2025/2026</b>
	<b>Groupe PSL 25/90/70</b> 16 chemin de Courvoisier 25000 Besançon

Je soussigné \_\_\_\_\_ autorise l'organisateur à photographier et/ou filmer mon enfant \_\_\_\_\_ au cours d'activités de loisirs. Cette utilisation ne peut être faite que dans le strict cadre d'actions pédagogiques ou d'informations : document de présentation d'un séjour de vacances, journal ou site internet réalisé par les enfants.

L'utilisation se fera sur :

- Un support très précis (Cédérom, journal ou blog)
- Tout support nécessaire à la présentation indiquée (support papier, analogique ou numérique)

Cette utilisation ne concerne que :

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

Les clichés concernés 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.

<i>Date et signature de l'organisateur :</i> Le 19/08/2025 <b>GROUPE PSL 25-90-70</b> 16, chemin de Courvoisier 25000 BESANÇON Tél. 03 81 88 35 35 SIRET 381 387 620 00044	<b><u>Date et signature de(s) la personne(s) responsable(s) de l'enfant</u></b>
---	---

### Autorisation parentale en cas d'urgence médicale

Nous soussignés \_\_\_\_\_

(1) père, mère, tuteur, responsable de l'enfant \_\_\_\_\_

Autorisons le directeur de l'accueil collectif de mineur à mettre en œuvre, en cas d'urgence, les traitements et interventions chirurgicales (anesthésie comprise) qui peuvent être reconnues médicalement nécessaires pour la santé de mon enfant.

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

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Signature :**

(1) Rayer les mentions inutiles