



COMMUNE DE CAMBREMER

DOSSIER D'INSCRIPTION

➤ Accueils périscolaires
(Garderie & pause méridienne)

➤ Accueil de loisirs

NORMANDIE

la ligue de
l'enseignement

un avenir par l'éducation populaire

NOM / PRENOM	
DATE DE NAISSANCE	
SEXE	<input type="radio"/> FILLE <input type="radio"/> GARCON
PAI :	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI (JOINDRE LA COPIE)
ADRESSE (Où vit l'enfant)	
RESPONSABLE DE L'ENFANT	
NOM/PRENOM :	
Numéro Allocataire CAF / MSA :	
REPRESENTANT LEGAL :	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
ADRESSE :	
TELEPHONE :	
MAIL :	
RESPONSABLE DE L'ENFANT	
NOM/PRENOM :	
Numéro Allocataire CAF / MSA :	
REPRESENTANT LEGAL :	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
ADRESSE :	
TELEPHONE :	
MAIL :	

AUTORISATIONS PARENTALES

CONTACTS AUTRES QUE LES PARENTS :

Nom Prénom	Téléphone	Autorisé à venir chercher l'enfant sur tous les accueils*	A prévenir en cas d'urgence* (si les parents ne sont pas joignables)

*Compléter par OUI ou NON

J'autorise mon enfant de plus de 6 ans à partir seul de l'accueil périscolaire et de l'accueil de loisirs

OUI ☐ NON ☐ Si oui, à partir de quelle heure ? :

DROIT À L'IMAGE

Je, soussigné(s) :

Domicilié(s) à

Responsable(s) de l'enfant :

☐ **Autorisons** les organisateurs des accueils péri et extrascolaires de Cambremer à utiliser l'image de mon enfant (photos, films...) :

☐ Sur tous supports de communication

☐ Sur tous supports hors réseaux sociaux

Cette autorisation est consentie à titre gratuit et valable au maximum 3 ans (années scolaires)

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données concernant votre enfant (loi informatique et libertés du 6 Janvier 1978 modifiée). Pour toute demande de suppression ou rectification, vous pouvez vous adresser à la Ligue de l'enseignement de Normandie-16 rue de la girafe 14078 Caen cedex 5 ou en envoyant un courriel : contact@laliguenormandie.org ou enfance@cambremer.fr

☐ **N'autorisons** pas les organisateurs à filmer ou prendre en photo notre enfant.

URGENCE MEDICALE :

☐ J'autorise le-la responsable des accueils péri et extrascolaires à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

TRANSPORTS :

J'autorise l'accueil de loisirs à transporter mon enfant :

☐ En transport collectif

☐ Occasionnellement par les animateurs. rices du centre de loisirs dans leurs véhicules personnels assurés à cet effet par la Ligue de l'enseignement de Normandie.

DECLARATION SUR L'HONNEUR :

Je déclare avoir été informé à la nécessité de souscrire un contrat d'assurance couvrant les dommages corporels auxquels mon enfant peut être exposé au cours des activités, conformément à l'article L.227-4 du code de l'action sociale des familles. Je suis titulaire d'un contrat d'assurance « responsabilité civile » couvrant tout dommage que mon enfant pourrait provoquer dans le cadre des différents services péri et extrascolaires proposés, sur des biens ou sur une tierce personne.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur des structures d'accueils de mon(es) enfant(s) et en accepte les conditions.

Fait à :

Signature(s) du (des) responsable(s) légal(aux) :

Le :

INSCRIPTIONS ADMINISTRATIVES

Pour accéder au planning de réservation sur le portail city-enfance, merci d'indiquer ci-dessous les services souhaités :

Accueil du matin (7h30 – 8h45) ☐ OUI ☐ NON

Accueil méridien (12h00 – 13h45) ☐ OUI ☐ NON

Accueil du soir (16h30 – 18h45) ☐ OUI ☐ NON


Mercredi (07h30 – 18h30) ☐ OUI ☐ NON

Si OUI : ☐ JOURNÉE ☐ ½ JOURNÉE + REPAS ☐ ½ JOURNÉE

E réservation

Pour toute demande de réservation aux différents services souhaités, vous devez vous rendre impérativement sur le portail enfance : <https://www.espace-citoyens.net/cambremer/espace-citoyens/Home/AccueilPublic>


Vous pouvez aussi y accéder via le site de la mairie de Cambremer : <https://www.cambremer.fr/>

 **Pour toute première inscription et connexion, un mail d'authentification vous sera envoyé.**
Si celui-ci n'arrive pas, merci de contacter la mairie afin de vous communiquer ce lien.

ACCUEILS PARTICULIERS :

Accueil particulier : Pour toute prise en charge spécifique : Allergies Alimentaires ; Epilepsie ; Diabète ; etc. :

PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) et RDV Obligatoires ☎ 06.12.29.93.96 / 07.77.93.35.69

 **Prévoir le renouvellement de votre PAI, chaque année, auprès de votre spécialiste.**

A défaut, votre enfant ne pourra pas être accueilli par nos services.

ASSURANCE :

Pour toute participation aux accueils proposés, l'enfant doit être couvert par une responsabilité civile du foyer ou une assurance extra-scolaire en cours de validité. **Joindre l'attestation d'assurance.**

N° police d'assurances :

Compagnie :

Fin de validité :

 **Prévoir de transmettre, à la Mairie de Cambremer, l'attestation d'assurance à chaque renouvellement.**

AUTRES SERVICES :

BUS : Le ramassage scolaire est assuré par la Communauté d'agglomération de Lisieux Normandie.

Informations complémentaires sur le Site Internet : <http://lisieux-normandie.fr/transports/transports-scolaires/>

Pour toutes informations complémentaires merci de contacter :

Pour les accueils périscolaires : Céline LEMARIÉ au 02.58.47.01.50 / 06.12.29.93.96 / enfance@cambremer.fr

Pour les mercredis et les vacances : Emma CASSÉ au 07.77.93.35.69

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- VACCINATION (se référer au carnet de santé ou au certificat de vaccination)

Joindre la photocopie du carnet de vaccination.

- **Vaccins obligatoires pour tous les enfants :**

Diphtérie / Tétanos / Poliomyélite : OUI ☐ NON ☐ Date du dernier rappel :

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

- **Vaccins obligatoires pour les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018 et recommandés pour les autres :**

Coqueluche OUI ☐ NON ☐ Date du dernier rappel :

Haemophilus influenzae B OUI ☐ NON ☐ Date du dernier rappel :

Rubéole – Oreillons – Rougeole OUI ☐ NON ☐ Date du dernier rappel :

Hépatite B OUI ☐ NON ☐ Date du dernier rappel :

Pneumocoque OUI ☐ NON ☐ Date du dernier rappel :

Méningocoque de type C OUI ☐ NON ☐ Date du dernier rappel :

- **Vaccins recommandés :**

BCG OUI ☐ NON ☐ Date du dernier rappel :

Autre(s) : OUI ☐ NON ☐ Date du dernier rappel :

2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Le mineur présente-t-il un problème de santé ou suit-il un traitement médical de fond ? OUI ☐ NON ☐

Si oui préciser :

.....
.....

 **Dans le cas d'un traitement ponctuel aucun médicament ne pourra être administré.**

ALLERGIES : Alimentaire(s) : OUI ☐ NON ☐

Médicamenteuse(s) : OUI ☐ NON ☐

Autre(s) : OUI ☐ NON ☐ précisez :

Si oui merci de fournir un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunette, de lentilles, appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc. ...

.....
.....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :