

Dossier d'inscription CAJ Nièvre et Somme 2025
(Merci de remplir UN formulaire par enfant et TOUTES les rubriques)

NOM : Prénom :

Né(e) le : / / à Age :

Adresse (complète) :

.....

Téléphone :

Nom et N° d'assurance de l'enfant :

| Renseignements | Le Père | La mère |
|----------------------------------|---|---|
| Nom – Prénom | | |
| Né(e) le | | |
| Adresse | | |
| N° de téléphone portable et fixe | | |
| Adresse mail | | |
| Profession | | |
| N° de téléphone de l'employeur | | |
| Régime affiliation | <input type="checkbox"/> Général (CAF) et assimilés n° <input type="checkbox"/> MSA n° : | <input type="checkbox"/> Général (CAF) et assimilés n° <input type="checkbox"/> MSA n° : |

En cas d'urgence pendant les heures d'ouverture du centre, la personne à prévenir en priorité est : le père / la mère

Autre personne : Nom et Prénom, lien avec l'enfant :

Tél :

Adresse :

Je soussigné(e) M, Mme responsable légal de l'enfant :

- SORTIE DU CENTRE**
- L'autorise à rentrer seul à : 12h et / ou 17h
- OU Autorise : M, Mme, Melle
- M, Mme, Melle
- M, Mme, Melle
- À reprendre mon enfant
- OU Nous viendrons le rechercher tous les jours

Je soussigné(e)..... (Nom prénom) :

(Cocher les cases souhaitées) :

- Déclare avoir pris connaissance des conditions de fonctionnement et du règlement intérieur du CAJ organisé par la Communauté de Communes et autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées par les organisateurs et décharge ces derniers de toutes responsabilités en cas d'accident pouvant survenir avant ou après les heures d'ouverture ou de fermeture du centre ;
- Autorise les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales...)
- Autorise la prise de photographies ou d'images vidéo de mon enfant dans le seul but de promouvoir le centre ou pour diffuser lors de manifestations liées aux activités du centre. L'image pourra être utilisée pour une durée de 2 ans à compter de la fin de l'accueil de votre enfant au sein du centre de loisirs.

Renseignements concernant la santé de l'enfant

☉ Votre enfant est-il allergique ? Oui Non

Si oui, précisez la cause et la conduite à tenir :

☉ Votre enfant suit-il un régime alimentaire spécifique ? Oui Non

Si oui, précisez :

☉ Votre enfant est-il asthmatique ? Oui Non

Si oui, quel traitement :

Nom et adresse du médecin traitant :

Numéro de téléphone :

☉ Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |

☉ En cas de d'animations et de jeux d'eau, votre enfant porte-t-il ?

| | | | |
|--|--|--|---|
| Des drains dans les oreilles <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Des lunettes <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Les lentilles de contact <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Des prothèses auditives <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|--|--|--|---|

Autres renseignements que vous souhaitez nous donner :

.....

« J'accepte que ces données fassent l'objet d'un traitement par l'AD PEP80 et la CAF de la Somme si nécessaire, et reconnais avoir pris connaissance des mentions RGPD de la Communauté de Communes Nièvre et Somme » :

A

Le : / /

Signature du représentant légal