

# DOSSIER D'INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS

**Accueil de Loisirs :**

**Année scolaire : 20 .. / 20 ..**

ENFANT (S)	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
Nom et Prénom			
Sexe (M ou F)			
Date et lieu de naissance			
Age			
Classe Ecole fréquentée			
Adresse			



## CONDITIONS GENERALES

- Une adhésion annuelle sera demandée
- Inscription libre :
  - Pour les mercredis jusqu'au vendredi précédant l'accueil
  - Pour les vacances scolaires jusqu'à 7 jours avant la date de début de la période
- Dans le cas d'une absence justifiée (certificat médical, ...) la journée sera facturée 5 € afin de couvrir une partie des frais de repas et d'encadrement engagés
- Une fiche sanitaire avec copie du carnet de vaccination pour chaque enfant devra être remplie et signée et jointe au dossier d'inscription
- Fournir également l'attestation CAF précisant le montant du quotient familial

## ASSURANCE

L'UNCMT est assurée auprès de la MAIF. Cette assurance couvre les risques « accidents corporels » et « responsabilité civile », après intervention des organismes sociaux des familles.

Les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation éventuels restent à la charge des parents, qui devront les rembourser à l'UNCMT lorsqu'elle en aura fait l'avance.

Lunettes : après les remboursements de la Sécurité Sociale et éventuellement de la mutuelle des familles, l'assurance MAIF participera si besoin pour un montant de 80 € (bris et vol).

### Crédit d'impôt pour les frais de garde des jeunes enfants hors du domicile

Si vous êtes fiscalement domicilié en France, vous pouvez bénéficier d'un crédit d'impôt égal à 50 % des dépenses que vous engagez pour la garde de vos enfants à charge âgés de moins de 6 ans au 1<sup>er</sup> janvier de l'année des revenus. Une demande nominative est à formuler auprès de l'UNCMT.

### **Règlement général sur la protection des données**

Les informations recueillies sur le client font l'objet d'un traitement informatique réalisé par l'UNCMT et sont indispensables à la réalisation de sa commande. Ces informations et données personnelles sont également conservées de façon sécurisée, afin de respecter les obligations légales et réglementaires. Elles seront conservées aussi longtemps que nécessaire pour l'exécution de la prestation commandée et des garanties éventuellement applicables à l'issue de ces prestations.

Le responsable du traitement des données est l'UNCMT - 4 avenue du parc Saint André - 14200 HEROUVILLE SAINT CLAIR - Tél : 02 31 46 80 40 - Mail : [contact@uncmt.fr](mailto:contact@uncmt.fr).

L'accès aux données personnelles sera strictement limité aux employés du responsable de traitement, habilités à les traiter en raison de leurs fonctions. Les informations recueillies pourront éventuellement être communiquées à des tiers liés à l'entreprise par contrat pour l'exécution de tâches sous-traitées, sans que l'autorisation du client ne soit nécessaire.

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, telle que modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, et par le Règlement Européen n°2016/679, le client dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, et de portabilité des données le concernant, ainsi que du droit de s'opposer au traitement pour motif légitime, droits qu'il peut exercer en s'adressant au responsable de traitement à l'adresse postale ou e-mail mentionnée ci-dessus, en joignant un justificatif de son identité valide.

En cas de réclamation, le client peut contacter la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

**Union Normande des Centres Maritimes et Touristiques**  
4 avenue du Parc Saint André - 14200 HEROUVILLE SAINT CLAIR

Tel : 02 31 46 80 40 - [www.uncmt.fr](http://www.uncmt.fr)

Association loi 1901 adhérente à la JPA - Agrément DDCS, Education Nationale et Tourisme

## AUTORISATIONS DU RESPONSABLE LEGAL

Je soussigné (e) ....., responsable légal de (s) l'enfant (s) .....,

....., .....,

- Autorise le directeur du centre à faire soigner mon (mes) enfant (s), à faire pratiquer les interventions d'urgence, suivant les prescriptions du médecin.
- Autorise mon (mes) enfant (s) à participer à toutes les activités du centre.

Autorise mon (mes) enfant (s) à rentrer seul :

Enfant : .....	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Enfant : .....	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Enfant : .....	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

## DROIT A L'IMAGE

Madame, Monsieur,

Je soussigné/e : ..... Représentant/e légal de l'enfant : .....

Demeurant : .....

.....

.....

Inscrit/e sur le séjour : .....  
Du ..... au .....

autorise  n'autorise pas (cochez la case)

Autorise l'association UNCMT à photographier et à utiliser l'image de mon enfant. En conséquence de quoi et conformément aux dispositions relatives aux droits à l'image, j'autorise l'association UNCMT à fixer, reproduire et communiquer au public les photographies prises dans le strict cadre des activités de l'association.

Les photographies pourront être exploitées et utilisées par l'association UNCMT sur tous ses supports numériques et imprimés et pour toute thématique, pour une durée de cinq ans. Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies susceptibles de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation ou d'en faire toute autre exploitation préjudiciable.

Il s'efforcera, dans la mesure du possible, de tenir à ma disposition un justificatif à chaque parution des photographies sur simple demande.

Je garantis que je ne suis pas lié par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de l'image de mon enfant ou de son nom.

Pour toutes informations ou interrogations liées à mon droit à l'image, je suis informé que je peux joindre l'association UNCMT par e-mail à [contact@uncmt.fr](mailto:contact@uncmt.fr)

Fait de bonne foi à .....

Le .....

Reconnais avoir pris connaissance de toutes les conditions d'inscriptions,

Signature du représentant légal



# Fiche sanitaire

## ACCUEIL DE LOISIRS

COMMUNE DE L'ALSH : .....

## L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....  
 Sexe : M  F  Date de naissance : ...../...../..... Age de l'enfant au moment du séjour : .....

## RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Tel. pendant le séjour : .....

## VACCINATIONS

(A remplir à partir du carnet de santé de l'enfant. Joindre, si possible la copie des pages du carnet de santé relative aux vaccinations).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				R.O.R.	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT Polio				BCG	
ou Tétracoq				Autres (préciser)	
ou Pentacoq					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication avec cette fiche sanitaire. Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication et est donc obligatoire.

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ?  Oui  Non

Si oui, lequel ?

.....  
 .....  
 .....  
 .....

Joindre obligatoirement une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments avec leur notice dans leur emballage d'origine et marquées au nom de l'enfant) au départ du séjour ou dans la valise de l'enfant.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Doit-il garder des médicaments en permanence sur lui ?

.....  
 .....  
 .....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatismes articulaires aigus
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	Scarlatine
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				

L'enfant fait-il de l'asthme ?

Allergique  A l'effort  Non

Allergies :

Asthme :  Oui  Non Médicamenteuses :  Oui  Non

Alimentaires :  Oui  Non Autres :  Oui  Non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le

signaler).....  
 .....  
 .....

**Union Normande des Centres Maritimes et Touristiques**

4 avenue du Parc Saint André – 14200 HEROUVILLE SAINT CLAIR

Tel : 02 31 46 80 40 - [www.uncmt.fr](http://www.uncmt.fr)

Association loi 1901 adhérente à la JPA – Agrément DDCS , Education Nationale et Tourisme



Indiquez ici les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation,) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....  
.....  
.....

L'enfant est-il porteur de handicap ?  Oui  Non

Recommandations particulières :

.....  
.....  
.....

#### RECOMMANDATIONS

D'ordre médical (port de lentilles, de lunettes, de prothèses auditives, de prothèses dentaires, etc.) :

.....  
.....  
.....

D'ordre général (régime alimentaire spécifique, comportement, etc.) :

.....  
.....  
.....

Y-a-t-il des recommandations particulières que vous souhaitez transmettre au directeur.trice du séjour concernant la vie quotidienne et besoins de l'enfant (rite d'endormissement, envie d'activités....) :

.....  
.....  
.....

#### DIVERS

Au cas où vous seriez vous-même en vacances pendant le séjour de votre enfant, pouvez-vous nous indiquer comment vous joindre (adresse et numéro de téléphone) ?

.....  
.....  
.....

NOM du médecin traitant : ..... Commune : ..... Téléphone : .....

Y-a-t-il une personne interdite de visite ?  Père  Mère  Autres (précisez) : .....

Y-a-t-il une personne interdite de contact ?  Père  Mère  Autres (précisez) : .....

Je soussigné(e), ....., responsable de l'enfant ....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales de vente et les accepter sans réserve. J'autorise le directeur du séjour à prendre le cas échéant toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales). Je m'engage, de plus, à rembourser toutes les sommes avancées.

Fait à ..... Le .....

Signature des parents ou tuteurs :