



ACCUEIL DE LOISIRS MUNICIPAL DE CHARMEIL

Rue Breynat de Saint-Véran – 03110 CHARMEIL
Mail : clshveil03@gmail.com / Tél : 06/22/27/45/08



FICHE FAMILLE 2026 / 2027

Famille : Adresse mail :(obligatoire)

Adresse postale :

Nom et prénom **PARENT 1** :

Tél domicile : Tél mobile : Tél professionnel :

Profession : Employeur :

Nom et prénom **PARENT 2** :

Tél domicile : Tél mobile : Tél professionnel :

Profession : Employeur :

Situation familiale des parents : Mariés/Pacsés/en couple Divorcés/séparés Veuf(ve)

Nombre d'enfants à charge :

Numéro Allocataire CAF Allier : Nom du bénéficiaire :

Personnes à prévenir en cas d'urgence et ayant droit de venir chercher mon (mes) enfant(s) :

Nom, prénom : Lien de parenté : Tél.....

Nom, prénom : Lien de parenté : Tél.....

Nom, prénom : Lien de parenté : Tél.....

Nom, prénom : Lien de parenté : Tél.....

ENFANT 1 :

Nom : Prénom : Date de naissance :

Ecole fréquentée : Classe :

J'autorise mon enfant de + de 8 ans à rentrer seul

Période d'inscription souhaitée : Péri-scolaire Mercredis

+ SANTE

Médecin traitant..... Tél.....

Vaccinations : joindre copie du carnet de santé

Vaccins à jour

Difficultés de santé :

Allergies : Alimentaires Asthme Médicamenteuse

P.A.I (demander le document)

Remarques supplémentaires (régime alimentaire, port de lunettes...) :

Maladies :

Rougeole Oreillons Rubéole Scarlatine Coqueluche



ACCUEIL DE LOISIRS MUNICIPAL DE CHARMEIL

Rue Breynat de Saint-Véran – 03110 CHARMEIL
Mail : clshveil03@gmail.com / Tél : 06/22/27/45/08



ENFANT 2 :

Nom : Prénom : Date de naissance :

Ecole fréquentée : Classe :

J'autorise mon enfant de + de 8 ans à rentrer seul

Période d'inscription souhaitée : Péri-scolaire Mercredis

SANTE

Médecin traitant..... Tél.....

Vaccinations : joindre copie du carnet de santé

Vaccins à jour

Difficultés de santé :

Allergies : Alimentaires Asthme Médicamenteuse

P.A.I (demander le document)

Remarques supplémentaires (régime alimentaire, port de lunettes...) :

Maladies :

Rougeole Oreillons Rubéole Scarlatine Coqueluche

AUTORISATIONS

- Prise en photo pour communication interne (rapport d'activités, expo...)
- Prise en photos ou vidéos pour communication extérieurs (journal, internet...)
- Autoriser la prise de toute mesure nécessaire concernant la santé de (des) enfant(s), y compris une hospitalisation ou une intervention chirurgicale après consultation du corps médical
- Participation aux sorties organisées par le centre de loisirs
- Transport en minibus ou autocar

RGPD

- Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'ACM et m'engage à le respecter
 - Autorise la direction de l'ACM à utiliser mon numéro d'allocataire CAF pour les données financières du foyer permettant de paramétrer la facturation
 - J'ai noté que les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la direction pour établir la facturation (conservées 3 ans)
- Conformément à la loi informatique et liberté, vous pouvez exercer le droit aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant l'équipe de direction.

Date :

Signature :

DOCUMENTS OBLIGATOIRES

- Attestation d'assurance responsabilité civile et individuelle accident
- Copie des vaccins
- Avis d'imposition du foyer de 2025 sur les revenus de 2024 ou N° CAF
- Être à jour de sa facturation