

# MAIRIE DE CRUSEILLES

## DOSSIER D'INSCRIPTION – ESPACE ADOS



Ce dossier d'inscription doit être complété et signé, puis remis au service Enfance/Jeunesse. Il concerne la prestation d'accueil pendant les vacances scolaires de l'espace ados.

### Votre enfant

NOM : ..... Prénom : ..... Sexe : F  M   
 Né(e) le : ..... Lieu de naissance : .....  
 Etablissement scolaire (1) : ..... Classe ou Niveau (1) : .....  
 (1) Informations connues au mois de septembre de l'année civile en cours

### Responsable légal principal (2)

Mme  M  Mère  Père  Tuteur   
 Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le : .....  
 Situation familiale : Marié(e)  Vie maritale Pacsé(e)  Célibataire  Divorcé(e)/Séparé(e)  Veuf(ve)   
 N° allocataire CAF/MSA : ..... Quotient familial : .....€  
 J'autorise la structure à consulter les donner de mon QF sur le portail CAF  OUI  NON  
 Autorité Parentale : oui  non   
 Adresse : .....  
 CP : ..... Ville : .....  
 Téléphone portable : ..... Mail personnel .....  
 Profession : ..... Employeur : .....  
 Téléphone professionnel : .....

(2) Les factures seront établies au nom et à l'adresse de ce responsable.

### Autre responsable légal

Mme  M  Mère  Père  Tuteur   
 Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le : .....  
 Situation familiale : Marié(e)  Vie maritale Pacsé(e)  Célibataire  Divorcé(e)/Séparé(e)  Veuf(ve)   
 N° allocataire CAF/MSA : ..... Quotient familial : .....€  
 J'autorise la structure à consulter les donner de mon QF sur le portail CAF  OUI  NON  
 Autorité Parentale : oui  non   
 Adresse : .....  
 CP : ..... Ville : .....  
 Téléphone portable : ..... Mail personnel : .....  
 Profession : ..... Employeur : .....  
 Téléphone professionnel : .....

### Autres responsables

	Nom – Prénom	Tél.
Personnes autorisées à récupérer mon enfant	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....

## Autorisations diverses

En cas d'accident, j'autorise la Mairie de CRUSEILLES à faire hospitaliser mon enfant. Je m'engage à payer tous les frais (médicaux, hospitalisation...) incombant à la famille.	oui	non
J'autorise la Mairie de Cruseilles à assurer le transport de mon enfant en minibus, voiture particulière, transport en commun (notamment durant les sorties journées).	oui	non
J'autorise la Mairie de Cruseilles à utiliser toute photographie de mon enfant pour des publications municipales (bulletin d'information...) et des événements du centre (expo, activités...)	oui	non
J'autorise mon enfant à rentrer seul lorsqu'il quitte l'espace ados.	oui	non

Si votre enfant présente des allergies alimentaires ou/et des pathologies chroniques, un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) doit être mis en place. Il est alors impératif d'avertir le service Enfance/Jeunesse et l'Association Cantine Scolaire. Les PAI sont valables une année et sont à renouveler si nécessaire.

<input type="checkbox"/> P.A.I (voir fiche sanitaire de liaison ci-jointe)	<input type="checkbox"/> Sans Porc	<input type="checkbox"/> Sans viande	<input type="checkbox"/> Végétarien (ni viande ni poisson)
---	---------------------------------------	---	---

Avec le dossier d'inscription, les familles fournissent les documents suivants :

- un justificatif de domicile de moins de 3 mois lors de l'inscription, et en cas de déménagement,
- une attestation d'assurance individuelle et civile (tous les ans),
- une copie du carnet de vaccination

Tout dossier d'inscription incomplet ne sera pas traité.

Ce dossier d'inscription est valable une année scolaire et est reconduit automatiquement d'une année sur l'autre. Les mises à jour des données personnelles sont obligatoires pour tout changement : civilité, domicile, situation sociale, quotient familial, etc.....

Les familles reçoivent les renseignements et codes donnant un accès à notre site internet de réservation. Cette solution permet aux familles :

- de gérer leurs réservations à nos prestations, leurs factures,
- de mettre à jour leurs données personnelles,
- de consulter nos informations, nos documents relatifs à nos services,
- de visionner les fiches sanitaires des enfants.

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

- exacts les renseignements portés sur ce dossier d'inscription,
- attester que mon enfant est couvert par une assurance «responsabilité civile extra-scolaire»,
- m'engager à signaler tout changement (coordonnées personnelles, santé, autorisations, ...),
- reconnaître avoir pris connaissance des règlements intérieurs, des modalités de fonctionnement du Service Enfance/Jeunesse de la Mairie de CRUSEILLES et les accepter.

Fait à .....  
le .....

Signature responsable

**Tarifs journée sans repas Local ados (6h)**  
**(Uniquement durant les périodes de vacances scolaires)**

Quotient	Plein tarif	Participation commune de résidence	Coût familles
T1	17.10€	6.20€	10.90 €
T2	17.10€	5.30€	11.80 €
T3	17.10€	4.60€	12.50 €
T4	17.10€	2.90€	14.20 €

**ESPACE ADOS**  
 46 PLACE DE LA MAIRIE  
**CRUSEILLES**  
 11 - 17 ANS

**OUVERTURE**  
**LE 18 FÉVRIER 2025**

TU HABITES  
 CRUSEILLES

**SEMAINE GRATUIT**  
 MARDI - JEUDI . 16H30 / 18H00  
 MERCREDI . 14H00 / 18H00  
 VENDREDI . 16H30 / 19H00

**VAGANCES**  
 ACTIVITÉS SUR INSCRIPTION  
 DU LUNDI AU VENDREDI  
 10H00 / 16H00

POUR DES MOMENTS  
 CHILLS AVEC TYPHAINE  
 "ANIMATRICE"

**Informations & Contact**  
 Service enfance-Jeunesse \* 06.68.92.08.06 \* [dir.animation@cruseilles.fr](mailto:dir.animation@cruseilles.fr)



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M  F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

## 1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

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

## 2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

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

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ?  Oui  Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES  oui  non  
 MÉDICAMENTEUSES  oui  non  
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) :  oui  non  
 Précisez : .....

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

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser  oui  non

## 3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

## 4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....

TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....

TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

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 de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :