



ACCUEILS DE LOISIRS / ANIMATIONS ADOS DOSSIER D'INSCRIPTION 2026 - 2027

Mercredis 2026/2027

Toussaint 2026 – Hiver 2027 – Printemps 2027 – Été 2027

Cadre réservé au service	
☐ DJ reçu le	
☐ FS	☐ Vac.
☐ CV	☐ Ass.
☐ A.Imp.	☐ Tarif

1. L'ENFANT

NOM : Date de naissance :

Prénom : Age :

Classe (2026/2027) :

2. LES RESPONSABLES LÉGAUX

Responsable 1 (payeur et accès au Portail Familles)

Responsable 2

NOM :

NOM :

Prénom :

Prénom :

Adresse :

Adresse :

Code postal :

Code postal :

Commune :

Commune :

Mail :

Mail :

Tél. domicile :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Tél. professionnel :

ALLOCATAIRE : ☐ CAF* N°..... ou ☐ MSA

*Pour les allocataires de la CAF de l'Orne, le service Animation Jeunesse dispose d'un accès à VACAF permettant de vérifier les droits des familles sur les aides aux temps libres et aux vacances. Le service déduira directement les aides accordées avant facturation aux familles bénéficiaires. Les familles ne souhaitant pas faire valoir leurs droits doivent le notifier par mail auprès Service Animation Jeunesse : centredeloisirs@cdc-mortagne-au-perche.com

3. PERSONNES HABILITÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT (autre que le.s responsable.s)

Nom, prénom, lien avec l'enfant, coordonnées téléphoniques :

.....

.....

.....

4. PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE (autre que le.s responsable.s)

Nom, prénom, lien avec l'enfant, coordonnées téléphoniques :

.....

.....

.....

5. DROIT À L'IMAGE

Les accueils de loisirs et animations ados réalisent des photographies, des vidéos ou enregistrements sonores sur lesquels peuvent figurer vos enfants. Ces documents peuvent être utilisés dans le cadre des activités proposées au sein des accueils* (*cadre photo, création d'un film, web radio...*) et/ou diffusés pour une communication externe (*site internet de la CDC, expositions, presse locale, Facebook CDC...*).

- J'autorise la diffusion des documents cités ci-dessus dans le cadre de la communication externe à la CDC :
☐ oui ☐ non

*Les familles ne souhaitant pas nous donner leur autorisation dans le cadre des activités proposées doivent le notifier par mail auprès du Service Animation Jeunesse : centredeloisirs@cdc-mortagne-au-perche.com

6. ANIMATIONS ADOS UNIQUEMENT

➤ Communication :

En application de l'article 20 de la loi n°2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles, en France, l'âge minimum pour l'accès aux réseaux sociaux est de 13 ans. Une autorisation parentale est nécessaire pour les 13-15 ans.

- J'autorise mon enfant âgé de moins de 15 ans à participer aux échanges sur les réseaux sociaux en lien avec le centre sports loisirs et les animations ados : ☐ oui ☐ non

L'animateur jeunesse est amené à communiquer par téléphone (sms) les informations concernant le centre sports loisirs et les animations ados organisés par le Service Animation Jeunesse. Si vous autorisez votre enfant à être informé par sms, merci de nous préciser son numéro de téléphone :

➤ Fin des animations :

J'autorise mon enfant à sortir seul après les animations ados (centre sports loisirs, club ados...) : ☐ oui ☐ non

7. PIÈCES À FOURNIR À L'INSCRIPTION

- ☐ Dossier d'inscription + Fiche sanitaire
- ☐ Copie des vaccins à jour
- ☐ Attestation de droits CPAM, MSA...
- ☐ Attestation d'assurance pour les activités extrascolaires
- ☐ Avis d'imposition 2026 (sur les revenus 2025) **UNIQUEMENT** pour les familles résidant en dehors de l'Orne

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

- ✓ autorise mon enfant à participer aux différentes activités et sorties (transport en bus, à pied...) proposées par l'équipe d'animation,
- ✓ déclare que mon enfant ☐ **sait nager sans aide matérielle** ☐ **ne sait pas nager**
- ✓ décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident survenant avant ou après la prise en charge effective des enfants par les animateurs,
- ✓ accepte le règlement intérieur des accueils de loisirs **pour les 3-17 ans**,
- ✓ déclare exact les renseignements notifiés dans le dossier d'inscription et la fiche sanitaire,

Fait à, le/...../.....

Signature :

Protection des données personnelles : Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le service animation-jeunesse de la Communauté de communes du Pays de Mortagne au Perche. Les données collectées seront utilisées uniquement par ce service. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Pour exercer ces droits ou pour toute question, vous pouvez contacter notre déléguée à la protection des données : Julie Aubry, Directrice, 02 33 85 35 80, dgs@cdc-mortagne-au-perche.com

CONTACTS

Accueils de loisirs **3-12 ans**
Lucie TIREAU et Angélique MECHE – 07.77.08.99.08
centredeloisirs@cdc-mortagne-au-perche.com

Animations ados **11-17 ans**
Thomas DUCROHET – 07.48.12.27.44
ducrohet@cdc-mortagne-au-perche.com

ACCUEILS DE LOISIRS / ANIMATIONS ADOS

FICHE SANITAIRE 2026-2027

L'ENFANT

NOM :

Prénom :

Sexe : masculin ☐ féminin ☐

Date de naissance :

Lieu de naissance :

PHOTO DE L'ENFANT

AUTRES INFORMATIONS UTILES POUR LES SECOURS

N° de Sécurité Sociale : NOM et coordonnées du médecin traitant :

Poids : Taille :

VOTRE ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

Rubéole : ☐ oui ☐ non

Varicelle : ☐ oui ☐ non

Angine : ☐ oui ☐ non

Rhumatisme : ☐ oui ☐ non

Scarlatine : ☐ oui ☐ non

Otite : ☐ oui ☐ non

Rougeole : ☐ oui ☐ non

Coqueluche : ☐ oui ☐ non

Oreillons : ☐ oui ☐ non

VOTRE ENFANT SUIV-IL UN RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER :

☐ oui* ☐ non *Si oui, précisez (sans gluten, sans porc, sans viande, végétarien...) :

VOTRE ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES ET/OU UN P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) EN COURS :

☐ oui* ☐ non *Si oui, précisez (asthme, médicaments, alimentaire...) :

➤ Joindre impérativement le protocole, l'ordonnance et toutes informations utiles

VOTRE ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU DES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladie, accident, hospitalisation, crises convulsives...) :

☐ oui* ☐ non *Si oui, précisez les dates et précautions à prendre :

VOTRE ENFANT PRÉSENTE-T-IL :

- Un handicap particulier : ☐ oui* ☐ non
- Des contraintes particulières à la pratique d'activités physiques et/ou sportives : ☐ oui* ☐ non
- Des problèmes respiratoires pendant et après l'effort : ☐ oui* ☐ non
- Une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite...) survenue durant les 12 derniers mois : ☐ oui* ☐ non

*Si oui, précisez les dates et précautions à prendre :

.....

.....

VOTRE ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL D'UN ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ ET SPÉCIFIQUE À L'ÉCOLE OU À DOMICILE :

☐ oui* ☐ non *Si oui, précisez (AESH, AVS, CAMPSS, CMP, éducateur...) :

.....

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL (*au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant) :

Des lentilles : ☐ oui* ☐ non

Des prothèses auditives : ☐ oui* ☐ non

Des lunettes : ☐ oui* ☐ non

Des prothèses ou un appareil dentaire : ☐ oui* ☐ non

Autre, préciser :

CONSEILS UTILES (pour un meilleur accueil de votre enfant) :

Pour les enfants de maternelle, votre enfant fait-il la sieste : ☐ oui ☐ non

Autres conseils utiles (comportement, vie familiale, relation aux autres, harcèlement...) :

.....

.....

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : Prénom :

Adresse :

.....

Tél domicile : Tél portable : Tél prof. :

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :