



Centre d'Accueil et de Loisirs Municipal



**Lors de l'inscription de votre enfant au CALM,
il faudra nous fournir les documents suivants dûment remplis**

-  La fiche d'inscription remplie et signée
-  La fiche sanitaire remplie et signée
-  La photocopie du carnet de vaccination
-  Une photo numérique de votre enfant (vous pouvez nous l'envoyer par mail)
-  Une attestation d'assurance
-  Un document de la CAF permettant de justifier votre Quotient Familiale
-  Un chèque d'inscription au CALM de 15 € (pour un enfant)
ou de 25 € (à partir de 2 enfants) à l'ordre du Trésor Public.

Si votre enfant bénéficie d'un PAI « Projet d'Accueil Individualisé », il nous faudra une copie avec les médicaments et l'ordonnance.

L'inscription au CALM sera enregistrée seulement après réception du dossier complet.

Les membres du CALM restent à votre disposition pour tous renseignements concernant l'accueil cantine, périscolaire et loisirs.

Le CALM (à la Mairie) : 21, rue de la Mairie 01150 Sainte-Julie
Tél. 04 74 61 96 37 - e-mail : calm@saintejulie.fr



FICHE D'INSCRIPTION

Année :

Cotisation : ☐

L'enfant :

Nom : Prénom :

Date de Naissance : Classe :

Nom et Prénom du responsable de l'enfant :

Adresse :

Tel du domicile :

PERE / BEAU PERE	MERE / BELLE-MERE
NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
N° de tel Portable :	N° de tel Portable :
N° de tel Travail :	N° de tel Travail :

Pour les parents séparés, la garde de l'enfant est confiée à :

☐ Père ☐ Mère ☐ Garde Alternée

J'accepte de recevoir ma facture par E-mail : Oui ☐ Non ☐

Adresse mail :

CAF

Pour la tarification modulée en fonction du Quotient Familial (QF), vous devez nous fournir un document justifiant votre quotient ou autoriser l'association à obtenir votre quotient familial sur le site CDAP.

N° Allocataire CAF ou MSA :

- ☐ Pour vérifier mon QF, j'autorise le personnel et le Bureau du CALM à consulter le service CDAP (Consultation des Données Allocataires par les Partenaires) de la CAF et à archiver les données collectées dans le dossier de mon enfant
- ☐ Je refuse que le CALM ait accès à mon QF donc je paierai la prestation sur le QF le plus élevé.

AUTORISATION DE SORTIE

Liste des personnes autorisées à venir récupérer l'enfant :

NOM Prénom	N° de Téléphone

L'enfant est-il autorisé à rentrer seul : ☐ OUI ☐ NON

AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

☐ J'autorise ☐ Je n'autorise pas

Le CALM à publier les prises de vues de mon enfant sur tous les supports existants ou à venir dans le cadre de ses activités.

☐ En inscrivant mon enfant au CALM, j'accepte que mes informations renseignées dans la fiche d'inscription et dans la fiche sanitaire de liaison soient saisies et traitées informatiquement pour permettre le bon fonctionnement de l'association. (RGPD).

Je soussigné(e)

- a) Certifie avoir pris connaissance du Règlement Intérieur de la structure et m'engage à le respecter.
- b) Certifie exacts les renseignements portés sur le dossier d'inscription et sur la fiche sanitaire.

Fait à Sainte Julie, le

Signature :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Année :



L'ENFANT

Nom et prénom de l'enfant :

Sexe :

Date de Naissance :

Age :

Nom du Médecin traitant :

N° de Téléphone du médecin :

Nom et N° de téléphone de la personne à prévenir en cas d'urgence :

VACCINATIONS

(Joindre la photocopie des pages correspondantes dans le carnet de santé).

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme	Otites	
Scarlatine	Coqueluche	Rougeole	Oreillons	Méningite	

Votre enfant est-il en situation de handicap ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lequel ?

Votre enfant est-il allergique ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, quell(es) allergies

A-t-il un P.A.I ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, vous devez nous en faire une copie et penser à nous donner les médicaments avec l'ordonnance.

Votre enfant est-il asthmatique ? ☐ OUI ☐ NON

Votre enfant porte-t-il :

Des lunettes ☐ OUI ☐ NON

Des prothèses ☐ OUI ☐ NON Si oui, lesquelles?

Votre enfant suit-il un traitement médical ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lequel ?

Repas spécifiques : ☐ Sans porc ☐ Végétarien

RECOMMANDATION DES PARENTS :

Indiquer les autres difficultés de santé en précisant les dates et/ou recommandations (Maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations chirurgicales...)

.....

Je soussigné(e),responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

