

Dossier d'inscription CAJ Nièvre et Somme TOUSSAINT 2026

(Merci de remplir UN formulaire par enfant et TOUTES les rubriques)

NOM : Prénom :

Né(e) le : / / à Age :

Adresse (complète) :

.....

Téléphone :

Nom et N° d'assurance de l'enfant :

Renseignements	Le Père	La mère
Nom – Prénom		
Né(e) le		
Adresse		
N° de téléphone portable et fixe		
Adresse mail		
Profession		
N° de téléphone de l'employeur		
Régime affiliation	☐ Général (CAF) et assimilés n° ☐ MSA n° :	☐ Général (CAF) et assimilés n° MSA n° :

En cas d'urgence pendant les heures d'ouverture du centre, la personne à prévenir en priorité est : le père ☐ / la mère ☐

Autre personne : Nom et Prénom et lien avec l'enfant :

Tél :

Adresse :

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

SORTIE DU CENTRE

☐ L'autorise à rentrer seul au retour de la sortie

ou

☐ Autorise : M, Mme, Melle
M, Mme, Melle
M, Mme, Melle
À reprendre mon enfant

ou

☐ Nous viendrons le rechercher tous les jours

INSCRIPTION AU SÉJOUR :

- ☐ Lundi 26 octobre 2026 au Parc d'Olhain
- ☐ Mardi 27 octobre 2026 à Koezio
- ☐ Mercredi 28 octobre 2026 à Paris
- ☐ Jeudi 29 octobre 2026 à Picardia Games Park
- ☐ Vendredi 30 octobre 2026 au Parc Astérix

Je soussigné(e) (Nom prénom) :

(Cocher les cases souhaitées) :

☐ Autorise les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales...)

☐ Autorise la prise de photographies ou d'images vidéo de mon enfant dans le seul but de promouvoir le centre ou pour diffuser lors de manifestations liées aux activités du centre. L'image pourra être utilisée pour une durée de 2 ans à compter de la fin de l'accueil de votre enfant au sein du centre de loisirs.

Renseignements concernant la santé de l'enfant

☺ Votre enfant **est-il allergique** ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, précisez la cause et la conduite à tenir :

☺ Votre enfant suit-il un **régime alimentaire spécifique** ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, précisez :

☺ Votre enfant est-il **asthmatique** ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, quel traitement :

Nom et adresse du médecin traitant :

Numéro de téléphone :

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

Rubéole Oui ☐ Non ☐	Varicelle Oui ☐ Non ☐	Angine Oui ☐ Non ☐	Oreillons Oui ☐ Non ☐	Scarlatine Oui ☐ Non ☐
Coqueluche Oui ☐ Non ☐	Otite Oui ☐ Non ☐	Rougeole Oui ☐ Non ☐	Rhumatisme articulaire aigu Oui ☐ Non ☐	

☺ En cas de d'animations et de jeux d'eau, votre enfant porte-t-il ?

Des drains dans les oreilles Oui ☐ Non ☐	Des lunettes Oui ☐ Non ☐	Les lentilles de contact Oui ☐ Non ☐	Des prothèses auditives Oui ☐ Non ☐
--	--	--	---

Autres renseignements que vous souhaitez nous donner :

.....
.....

« J'accepte que ces données fassent l'objet d'un traitement par l'AD PEP80 et la CAF de la Somme si nécessaire, et reconnais avoir pris connaissance des mentions RGPD de la Communauté de Communes Nièvre et Somme » :

A

Le : / / 2026

Signature du représentant légal