

# ASSOCIATION LES CATT'MOMES



3, rue Jacqueline Auriol  
57570 CATTENOM

Tél : 03 82 83 08 01  
secretariat@cattmomes.com

## ACCUEIL DE LOISIRS ÉTÉ ADOS 2024

**Famille :**

du 08 au 12 juillet

du 15 au 19 juillet

du 22 au 26 juillet

du 29 au 02 août

du 05 au 09 août

du 22 au 16 août

### Cadre réservé au secrétariat :

\*Fiche d'inscription recto-verso, signée

\*Fiche sanitaire signée + photocopie du carnet de vaccination

\*Photocopie recto verso de la carte d'identité

\*Certificat de non contre-indication à la pratique sportive daté de moins de 3 mois

\*Attestation de natation

\*Avis d'imposition 2023 sur le revenu 2022 ou justificatif des ressources étrangères 2022



	<b>FICHE D'INSCRIPTION SECTEUR JEUNES</b> <b>« Accueil de loisirs d'été »</b> <b>du 08 au 26 Juillet</b> <b>et du 29 juillet au 16 août</b>	E4-101-A
		Page 1/2

**CATTENOM** du 08 au 12 juillet  du 29 au 02 août   
**SECTEUR JEUNES** du 15 au 19 juillet  du 05 au 09 août   
**Accueil de loisirs** du 22 au 26 juillet  du 22 au 16 août

**Renseignements concernant l'adolescent :**
**Nom et téléphone du médecin traitant :**

**Nom-Prénom :** \_\_\_\_\_ **né(e) le :** \_\_\_\_\_  
**Lieu de naissance :** \_\_\_\_\_  
**Adresse complète :** \_\_\_\_\_  
**Tél. Portable :** \_\_\_\_\_  
**Régime alimentaire :** normal  sans porc  sans viande  sans poisson

**Renseignements concernant les parents :**

	<b>Père Responsable légal</b> <input type="checkbox"/>	<b>Mère Responsable légal</b> <input type="checkbox"/>
<b>Nom - Prénom</b>		
<b>Adresse complète</b>		
<b>Tél. domicile</b>		
<b>Tél. Portable</b>		
<b>Adresse e-mail</b>		
<b>Profession</b>		
<b>Nom, Adresse et Tél Employeur</b>		
<b>N° de sécurité social (obligatoire)</b>		

**Etes-vous allocataire de la Caisse d'Allocations Familiales de la Moselle :**  
oui  non 

Si oui – n° Allocataire : ..... Nombre d'enfants à charge : .....

**Personne à contacter en cas d'urgence,**

	<b>FICHE D'INSCRIPTION SECTEUR JEUNES</b> <b>« Accueil de loisirs d'été »</b> <b>du 08 au 26 Juillet</b> <b>et du 29 juillet au 16 août</b>	E4-101-A
		Page 2/2

si les parents ne sont pas joignables :

Nom-Prénom	Lien avec l'enfant	Adresse, n° Téléphone

**CHARTRE D'ENGAGEMENT**

Je soussigné(e) ..... m'engage à respecter les règles suivantes pour toute activité ou sortie organisées au sein du local ados.

- respect d'autrui (intervenants, animateurs, adolescents, soi-même)
- respect des horaires
- respect des consignes de sécurité
- respect du matériel

Pour toute infraction à ces règles, nous nous donnons le droit de vous interdire la fréquentation du local et de nos activités.

**Date :** \_\_\_\_\_

**Signature parents :** \_\_\_\_\_ **Signature adolescent(e) :** \_\_\_\_\_

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

- Pendant les activités, j'autorise le personnel de l'association à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives **oui - non**
- J'autorise l'association à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse et journaux locaux, nouveau média, affiches....) **oui - non**

Fait à : ..... le : .....

Signature(s) parent(s) : \_\_\_\_\_ Signature de l'adolescent(e): \_\_\_\_\_

**Pièces à joindre obligatoirement au dossier**

- **La fiche d'inscription recto-verso à signer.**
- **La fiche sanitaire de liaison recto-verso à signer (joindre la photocopie des pages de vaccinations du carnet de santé de chaque enfant).**
- **La photocopie de la carte d'identité de l'enfant**
- **Attestation de natation**
- **Certificat Médical de non contre indication à la pratique sportive daté de –de 3 mois**
- **La cotisation de 15 € (pour les nouveaux adhérents)**
- **50€ d'acompte par semaine à l'inscription**





# AUTORISATION PARENTALE

*Traitements médicaux, hospitalisation...*

Je soussigné(e)

Parent ou tuteur légal de(s) enfant(s)

autorise, le Directeur de l'accueil périscolaire, des mercredis récréatifs et accueils de loisirs, à prendre le cas échéant, toutes les mesures traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales, rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

X \_\_\_\_\_

Date :

Signature :

# AUTORISATION PARENTALE

*Administration de médicament occasionnellement*

Je soussigné(e)

Parent ou tuteur légal de(s) enfant(s)

Demande aux personnels en charge de l'encadrement au sein de l'association Les Catt'Mômes, d'administrer, suivant la prescription (\*), le ou les médicaments à mon (mes) enfant(s).

Je m'engage à faire connaître immédiatement toute modification du traitement.

X \_\_\_\_\_

Date :

Signature :

(\*) Lorsque l'enfant est malade nous vous demandons de joindre impérativement la prescription lisible et détaillée du médecin (avec indication du poids de l'enfant et nom équivalent du médicament générique). Sans ordonnance AUNCUN médicament ne sera administré à l'enfant.

# AUTORISATION PARENTALE

*Autorisation de sortie*

Dans le cadre de l'accueil de loisirs du secteur jeunes, je soussigné(e)

Parent ou tuteur légal de(s) enfant(s)

L'autorise à rentrer seul à la fin de l'activité principale

**ne l'autorise pas** à rentrer seul et m'engage à venir le récupérer à la fermeture du secteur jeunes **au plus tard à 18h**

X \_\_\_\_\_

Date :

Signature :