

Dossier d'inscription

Centre aéré

Informations complémentaires
(cadre réservé à l'ACSH)

Lieu du site :

Période :

Accueil du matin avant 9h ☐

Accueil du soir après 17h ☐



Ce dossier comprend :

Fiche individuelle de renseignements	
Fiche sanitaire (Direction Départementale de la Cohésion Sociale)	
Autorisation de droit à l'image	
Règlement intérieur	

Pour être validé, nous fournir impérativement :

Attestation de la CAF de moins de 3 mois	
Avis d'imposition 2026 sur les revenus 2025	

Aucun dossier incomplet ne sera pris en compte

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

Nom, prénom de l'enfant : né(e) le :

Ecole : Nom de l'instituteur : Classe :

Régime alimentaire : CLASSIQUE [] SANS PORC [] SANS VIANDE []

	Père	Responsable légal []	Mère	Responsable légal []
Nom, prénom				
Adresse du domicile (merci de préciser le quartier)				
Tel domicile/ portable				
Nom et adresse de l'employeur				
Tel travail				
Adresse mail				

Personnes à joindre en cas d'urgence :

.....

Nom de la ou des personnes susceptibles de venir récupérer mon enfant :

.....

N° allocataire CAF : Mère [] Père [] Département CAF :

N° S.S. Nombre d'enfants à charge :

Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance scolaire et extra scolaire

Nom de la compagnie : N° Contrat : Tel :

En cas d'accident et dans l'impossibilité de me joindre, j'autorise les responsables à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité de mon enfant, et à le transporter, en cas d'urgence, chez le médecin ou à l'hôpital le plus proche.

Fait à le

Signature

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

I. ENFANT NOM : PRENOM :
SEXES ☐ GARCON ☐ FILLE ☐ DATE DE NAISSANCE : ____/____/____

II. VACCINATIONS

(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Précisez s'il s'agit :		VACCINS PRATIQUES	DATES
Du DT polio	RAPPELS		____/____/____
Du DT coq			____/____/____
Du Tétracoq			____/____/____
D'une prise polio			____/____/____

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES		DATES	VACCINS	DATES
1 ^{er} VACCIN	____/____/____	VACCIN	____/____/____		____/____/____
REVACCINATION	____/____/____	1 ^{er} RAPPEL	____/____/____		____/____/____

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT
L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINES		RHUMATISMES		SCARLATINE	
non	☐ oui	non	☐ oui	non	☐ oui	non	☐ oui	non	☐ oui

COQUELUCHE		OTITES		ASTHME		ROUGEOLE		OREILLONS	
non	☐ oui	non	☐ oui	non	☐ oui	non	☐ oui	non	☐ oui

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :
(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

Mon enfant porte des lunettes oui ☐ non ☐ Est autorisé à être maquillé oui ☐ non ☐
Mon enfant sait nager oui ☐ non ☐ Est autorisé à aller à la piscine oui ☐ non ☐

Autres recommandations.....

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? non ☐ oui ☐
SI OUI, LEQUEL ?
SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

V. RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

NOM : PRENOMS :
ADRESSE (pendant la période du séjour) :
.....
.....
N° DE S.S. : N° DE TEL : DOMICILE : BUREAU :

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR.....

Je soussigné, 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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE :

Signature :

Autorisation de reproduction et de représentation de photographies et/ou vidéos

Je soussigné(e),.....
Responsable de l'enfant.....
Né(e)
le.....
Habitant à.....

**Autorise, l'Association de Coordination Socioculturelle de Hayange (ACSH) à le
photographier et/ou à le filmer.**

En conséquence de quoi et conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au droit au nom, nous autorisons l'ACSH à fixer, reproduire et communiquer au public les photographies et/ou vidéos prises dans le cadre de la présente.

Les photographies et/ou vidéos pourront être exploitées et utilisées directement par l'ACSH ou être cédées à des tiers, sous toute forme et tous supports connus et inconnus à ce jour, dans le monde entier, pour une durée indéterminée, intégralement ou par extraits et notamment :

Photo, Presse, Livre, Site internet, Vidéo, Exposition, Publicité ...

Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies et/ou vidéos susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, ni d'utiliser les photographies de la présente, dans tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou toute autre exploitation préjudiciable.

Nous reconnaissons être entièrement remplis de nos droits et nous ne pourrions prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes.

Je garantis que mon enfant n'est pas lié par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de son image ou de son nom.

Fait à le..... Signature

Important :

À joindre impérativement au dossier d'inscription

- Carnet de santé de l'enfant à jour (vaccins)
- Numéros de CAF et Sécurité Sociale
- Avis d'imposition ou non imposition 2026, sur les revenus de l'année 2025
- Attestation récente de la CAF, (même pour 1 enfant) détaillant les prestations familiales, APL y comprises
- Justificatif RSA, assedic, etc...

Pour les travailleurs frontaliers :

- Attestation de l'employeur précisant le salaire annuel net avant déduction des impôts
- Attestation CAF Luxembourg + France détaillant toutes les prestations familiales APL y comprises