

# AUTORISATIONS PARENTALES

## PERSONNES AUTORISEES A VENIR RECUPERER MON ENFANT A L'ISSUE DES DIFFERENTS SERVICES :

NOM Prénom : ..... TEL : .....

NOM Prénom : ..... TEL : .....

NOM Prénom : ..... TEL : .....

## DROIT À L'IMAGE

Nous je, soussigné(s) (noms et prénoms des 2 parents ou du responsable légal) :

.....  
Domicilié(s) à .....

.....  
Responsable(s) de l'enfant : .....

**Autorisons** les organisateurs des accueils péri et extrascolaires de Cambremer à utiliser l'image de mon enfant (photos, films...) :

Sur tous supports de communication

Sur tous supports hors réseaux sociaux

Cette autorisation est consentie à titre gratuit et valable au maximum 3 ans (années scolaires)

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données concernant votre enfant (loi informatique et libertés du 6 Janvier 1978 modifiée). Pour toute demande de suppression ou rectification, vous pouvez vous adresser à la Ligue de l'enseignement de Normandie-16 rue de la girafe 14078 Caen cedex 5 ou en envoyant un courriel : [contact@laliguenormandie.org](mailto:contact@laliguenormandie.org) ou [coordonateur-mairie@orange.fr](mailto:coordonateur-mairie@orange.fr)

**N'autorisons** pas les organisateurs à filmer ou prendre en photo notre enfant.

## URGENCE MEDICALE :

J'autorise le-la responsable des accueils péri et extrascolaires à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

## TRANSPORTS :

J'autorise l'accueil de loisirs à transporter mon enfant :

En transport collectif

Occasionnellement par les animateurs.rices du centre de loisirs dans leurs véhicules personnels assurés à cet effet par la Ligue de l'enseignement de Normandie.

## DECLARATION SUR L'HONNEUR :

Je déclare avoir été informé à la nécessité de souscrire un contrat d'assurance couvrant les dommages corporels auxquels mon enfant peut être exposé au cours des activités, conformément à l'article L.227-4 du code de l'action sociale des familles. Je suis titulaire d'un contrat d'assurance « responsabilité civile » couvrant tout dommage que mon enfant pourrait provoquer dans le cadre des différents services péri et extrascolaires proposés, sur des biens ou sur une tierce personne.

Fait à : ..... Signature(s) du (des) responsable(s) légal(aux) :

Le : .....



Mairie de Cambremer

## COMMUNE DE CAMBREMER

### DOSSIER D'INSCRIPTION

➤ Accueils périscolaires

➤ Pause méridienne

➤ Accueil de loisirs

NORMANDIE

la ligue de  
l'enseignement

un avenir par l'éducation populaire

NOM / PRENOM
DATE DE NAISSANCE
SEXE <input type="radio"/> FILLE <input type="radio"/> GARCON
PAI : <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI (JOINDRE LA COPIE)
ADRESSE (Où vit l'enfant)
<b>RESPONSABLE DE L'ENFANT</b>
NOM/PRENOM : Numéro Allocataire CAF / MSA :
REPRESENTANT LEGAL : <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
ADRESSE :
TELEPHONE :
MAIL :
<b>RESPONSABLE DE L'ENFANT</b>
NOM/PRENOM : Numéro Allocataire CAF / MSA :
REPRESENTANT LEGAL : <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
ADRESSE :
TELEPHONE :
MAIL :

## INSCRIPTIONS ADMINISTRATIVES

Pour accéder au planning de réservation sur le portail city-enfance, merci d'indiquer ci-dessous les services souhaités :

Accueil du matin (7h30 – 8h45)  OUI  NON

Accueil méridien (12h00 – 13h45)  OUI  NON

Accueil du soir (16h30 – 18h30)  OUI  NON

Mercredi (07h30 – 18h30)  OUI  NON

Si OUI :  JOURNÉE  ½ JOURNÉE + REPAS  ½ JOURNÉE

### E réservation

Pour toute demande de réservation aux différents services souhaités, vous devez vous rendre impérativement sur le portail city-enfance : <https://www.kanopy.city/14-cambremer/portail.enfance/Authentification.html>

**⚠** Pour toute première inscription et connexion, la plateforme vous enverra un mail d'authentification. Si celui-ci n'arrive pas, merci de contacter la mairie afin de vous communiquer ce lien.

### ACCUEILS PARTICULIERS :

**Accueil particulier :** Pour toute prise en charge spécifique : Allergie Alimentaire ; Epilepsie ; Diabète / etc. :

**PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) et RDV Obligatoires ☎ 06.30.71.28.76 / 07.77.93.35.69**

Prévoir le renouvellement de votre PAI, chaque année, auprès de votre spécialiste.

**⚠** date limite de dépôt du dossier PAI avant le **30/08/2021**.

A défaut, votre enfant ne pourra pas être accueilli par nos services.

### MODE DE PAIEMENT (merci de cocher la case du mode de paiement souhaité)

**Prélèvement automatique** à la date d'exigibilité de la facture (joindre le mandat de prélèvement SEPA + RIB)

Paiement sur Internet ([www.payfip.gouv.fr](http://www.payfip.gouv.fr)) à réception de la facture

**TARIFS :** Consultables sur le site de la mairie de Cambremer : <https://www.cambremer.fr/>

Et sur celui de la ligue de l'Enseignement : <https://laliguenormandie.org/en-normandie/accueil-de-loisirs-de-cambremer/>

### AUTRES SERVICES :

**BUS :** Le ramassage scolaire est assuré par la Communauté d'agglomération de Lisieux Normandie.

Informations complémentaires sur le Site Internet : <http://lisieux-normandie.fr/transports/transports-scolaires/>

**Pour toutes informations complémentaires merci de contacter :**

**Pour le service périscolaire :** François MARIE 06.30.71.28.76 / [coordinateur-mairie@orange.fr](mailto:coordinateur-mairie@orange.fr)

**Pour les mercredis et les vacances :** Valérie GUILLETTE 07.77.93.35.69 / [valerie.guillemette@laliguenormandie.org](mailto:valerie.guillemette@laliguenormandie.org)

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### 1- VACCINATION (se référer au carnet de santé ou certificats de vaccination)

#### Vaccins obligatoires :

**Diphthérie / Tétanos / Poliomyélite :** OUI  NON  Date du dernier rappel : .....

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

#### Vaccins recommandés :

Coqueluche OUI  NON  Date du dernier rappel : .....

Haemophilus OUI  NON  Date du dernier rappel : .....

Rubéole – Oreillons – Rougeole OUI  NON  Date du dernier rappel : .....

Hépatite B OUI  NON  Date du dernier rappel : .....

Pneumocoque OUI  NON  Date du dernier rappel : .....

BCG OUI  NON  Date du dernier rappel : .....

Autre(s) : OUI  NON  Date du dernier rappel : .....

### 2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Numéro de sécurité sociale : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgences)

Le mineur présente-t-il un problème de santé ou suit-il un traitement médical de fond ? OUI  NON

Si oui préciser :

.....  
.....

**Dans le cas d'un traitement ponctuel aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.**

**ALLERGIES :** Alimentaire(s) : OUI  NON

Médicamenteuse(s) : OUI  NON

Autre(s) : OUI  NON  précisez : .....

Si oui merci de fournir un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

### 3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunette, de lentilles, appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc. ...

.....  
.....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

**Date :**

**Signature :**