



NOM & prénom du responsable de(s) enfant(s) :

Mère : Date de naissance : / /

Père : Date de naissance : / /

Adresse :

Adresse Mail :

☎ : Domicile : Portable père :

Portable mère :

☎ Professionnel père : Professionnel mère :

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX ENFANTS

NOM-Prénom	Date de naissance	Classe	Ecole

PERIODE D'INSCRIPTIONS*

☐ **Semaine 1** : du Lundi 20 octobre au vendredi 24 octobre 2025 (5 jours)

☐ **Semaine 2** : du Lundi 27 octobre au vendredi 31 octobre 2025 (5 jours)

*(Veuillez cocher les cases correspondantes)

ATTENTION : Toute période réservée sera automatiquement FACTURÉ, après le centre.

→ **Semaine 1** *

Restauration L ☐ Ma ☐ Me ☐ J ☐ V ☐

Garderie L ☐ Ma ☐ Me ☐ J ☐ V ☐

→ **Semaine 2** *

Restauration L ☐ Ma ☐ Me ☐ J ☐ V ☐

Garderie L ☐ Ma ☐ Me ☐ J ☐ V ☐

Régime alimentaire particulier non ☐ oui ☐ ⇒ Veuillez préciser.....

☞ Pour toute commande occasionnelle d'un repas : commande, la veille, avant 9h ; idem pour toute annulation (afin d'éviter la facturation de votre repas commandé) **auprès de l'équipe de direction de l'accueil de loisirs.**

Compagnie d'assurance de la RC : **N° de contrat** :

N° allocataire CAF : **Nom allocataire** : (si MSA fournir attestation QF)
(quotient familial)

A.T.L. : € (joindre l'attestation de la CAF) **N° sécurité sociale** :



AUTORISATION PARENTALE

⇒ Cocher les cases désirées ☒

☐ Autorise	Mon(mes) enfant(s) à repartir seul(s) à son(leur) domicile
☐ N'autorise pas	
☐ Autorise	L'équipe d'animation à maquiller mon(mes) enfant(s) dans le cadre des activités proposées.
☐ N'autorise pas	
☐ Autorise	** A diffuser la(les) photographie(s) prise(s) lors de ma session sur laquelle figure mon(mes) enfants(s) - Droit à l'image -
☐ N'autorise pas	

☐ Autorise ☐ N'autorise pas mon(mes) enfant(s) à participer aux sorties durant le centre

☐ Autorise ☐ N'autorise pas mon(mes) enfant(s) à participer à l'activité piscine

*** Autorisation valable pour l'édition de documents de nature pédagogique (presse locale, bulletins municipaux, exposition relative aux accueils de loisirs ou séjours et publications sur le site internet de la ville de Beaurains)*

Personnes autorisées à reprendre mon (mes) enfant(s)

Madame, Monsieur..... Madame, Monsieur.....

Qualité..... Qualité.....

Téléphone..... Téléphone.....

FICHE SANITAIRE DE LIAISON, je soussigné(e) Mme, Mr.....

Atteste avoir remis avec le formulaire d'inscriptions la(les) fiche(s) sanitaire(s) de liaison de(des) l'enfant(s).....

dûment complétée(s) et d'actualiser les renseignements sur cette année, le cas échéant.

Date et signature du Responsable de(des) enfant(s),

A..... le..... Signature :

DOSSIER A RENDRE COMPLET : DERNIER DÉLAI : 30 SEPTEMBRE 2025

Pièces à joindre : Fiche sanitaire (valable l'année 2025, pas besoin de la fournir, si vous l'avez donné lors de l'ACM Hiver) / attestation CAF 2025 (si vous en bénéficiez)

« Conformément aux articles 39 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en s'adressant à Monsieur le Maire de la Ville de Mercatel, rue de la Mairie, 62217 Mercatel. La mairie de Mercatel s'engage à respecter le Règlement Européen sur la Protection des Bases de Données ».