



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 16 février au vendredi 20 février 2026 (5 jours)
 Semaine 2 : du Lundi 23 février au vendredi 27 février 2026 (5 jours)

***(Veuillez cocher les cases correspondantes)**

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

→**Semaine 1** *

Restauration	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> Ma	<input type="checkbox"/> Me	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> V
Garderie	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> Ma	<input type="checkbox"/> Me	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> V

→**Semaine 2** *

Restauration	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> Ma	<input type="checkbox"/> Me	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> V
Garderie	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> Ma	<input type="checkbox"/> Me	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> 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 ☑

<input type="checkbox"/> Autorise	Mon(mes) enfant(s) à repartir seul(s) à son(leur) domicile
<input type="checkbox"/> N'autorise pas	
<input type="checkbox"/> Autorise	L'équipe d'animation à maquiller mon(mes) enfant(s) dans le cadre des activités proposées.
<input type="checkbox"/> N'autorise pas	
<input type="checkbox"/> Autorise	** A diffuser la(les) photographie(s) prise(s) lors de ma session sur laquelle figure mon(mes) enfant(s) - Droit à l'image -
<input type="checkbox"/> 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 JANVIER 2026

Pièces à joindre : Fiche sanitaire ET attestation CAF 2026 (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 ».