



ACCUEIL DE LOISIRS MUNICIPAL DE CHARMEIL

Rue Breynat de Saint-Véran – 03110 CHARMEIL

Mail : acm-charmeil@laposte.net



FICHE FAMILLE 2026 / 2027

Famille : **Adresse mail :**(obligatoire)

Adresse postale :

Nom et prénom PARENT 1 :

Tél domicile :

Tél mobile :

Tél professionnel :

Profession :

Employeur :

Nom et prénom PARENT 2 :

Tél domicile :

Tél mobile :

Tél professionnel :

Profession :

Employeur :

Situation familiale des parents : ☐ Mariés/Pacsés/en couple ☐ Divorcés/séparés ☐ Veuf(ve)

Nombre d'enfants à charge :

Numéro Allocataire CAF Allier :

Nom du bénéficiaire :

Personnes à prévenir en cas d'urgence et ayant droit de venir chercher mon (mes) enfant(s) :

Nom, prénom : **Lien de parenté :** **Tél :**

Nom, prénom : **Lien de parenté :** **Tél :**

Nom, prénom : **Lien de parenté :** **Tél :**

ENFANT 1 :

Nom : **Prénom :** **Date de naissance :**

Ecole fréquentée : **Classe :**

☐ J'autorise mon enfant de + de 8 ans à rentrer seul

SANTE

Médecin traitant : **Tél :**

Vaccinations : joindre copie du carnet de santé

☐ Vaccins à jour

Difficultés de santé :

Allergies : ☐ Alimentaires

☐ Asthme

☐ Médicamenteuse

☐ P.A.I (demander le document)

Remarques supplémentaires (régime alimentaire, port de lunettes...) :

Maladies :

☐ Rougeole

☐ Oreillons

☐ Rubéole

☐ Scarlatine

☐ Coqueluche



ACCUEIL DE LOISIRS MUNICIPAL DE CHARMEIL

Rue Breynat de Saint-Véran – 03110 CHARMEIL

Mail : acm-charmeil@laposte.net



ENFANT 2 :

Nom : Prénom : Date de naissance :

Ecole fréquentée : Classe :

☐ J'autorise mon enfant de + de 8 ans à rentrer seul

SANTE

Médecin traitant..... Tél.....

Vaccinations : joindre copie du carnet de santé

☐ Vaccins à jour

Difficultés de santé :

Allergies : ☐ Alimentaires ☐ Asthme ☐ Médicamenteuse

☐ P.A.I (demander le document)

Remarques supplémentaires (régime alimentaire, port de lunettes...) :

Maladies :

☐ Rougeole ☐ Oreillons ☐ Rubéole ☐ Scarlatine ☐ Coqueluche

AUTORISATIONS

- ☐ Prise en photo pour communication interne (rapport d'activités, expo...)
- ☐ Prise en photos ou vidéos pour communication extérieurs (journal, internet...)
- ☐ Autoriser la prise de toute mesure nécessaire concernant la santé de (des) enfant(s), y compris une hospitalisation ou une intervention chirurgicale après consultation du corps médical

RGPD

- ☐ Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'ACM et m'engage à le respecter
 - ☐ Autorise la direction de l'ACM à utiliser mon numéro d'allocataire CAF pour les données financières du foyer permettant de paramétrer la facturation
 - ☐ J'ai noté que les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la direction pour établir la facturation (conservées 3 ans)
- Conformément à la loi informatique et liberté, vous pouvez exercer le droit aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant l'équipe de direction.

Date :

Signature :

DOCUMENTS OBLIGATOIRES

- Attestation d'assurance responsabilité civile et individuelle accident
- Copie des vaccins
- Avis d'imposition du foyer de 2025 sur les revenus de 2024 ou N° CAF
- Être à jour de sa facturation



ACCUEIL DE LOISIRS MUNICIPAL DE CHARMEIL

Rue Breynat de Saint-Véran – 03110 CHARMEIL

Mail : acm-charmeil@laposte.net



FICHE FREQUENTATION 2026 / 2027

Enfant :

NOM : Prénom :

Date de naissance : Classe :

Responsable légal :

NOM : Prénom :

Adresse :
.....

Téléphone : Mail @ :

Inscriptions : (veuillez cocher les cases correspondantes ci-dessous)

☐ Fréquentation régulière

☐ Fréquentation ponctuelle

	7h15 8h30	16h 17h	17h 18h	18h 18h30
Lundi				
Mardi				
Jeudi				
Vendredi				

La présente fiche d'inscription est à transmettre par mail à accueil-charmeil@orange.fr ou déposer en mairie
avant le 31 juillet 2026.

L'inscription de votre enfant sera prise en compte à réception du règlement intérieur dûment accepté et de toutes les pièces complémentaires suivantes :

- Fiche famille 2026-2027
- Copie des vaccins
- Dernier avis d'imposition ou n° CAF
- Attestations d'assurance