



# ASSOCIATION CAP' LOISIRS

## Dossier d'inscription



Madame, Monsieur,

Vous trouverez ci-joint le dossier d'inscription pour l'accueil de loisirs CAP'LOISIRS à remplir et à nous retourner au plus vite, il comprend :

- Une fiche d'inscription à remplir et signer
- La fiche sanitaire à remplir et signer (nous vous remercions de bien vouloir nous fournir la photocopie des vaccins à jour)
- Les conditions générales d'inscription, à signer. (Une fiche par famille)

Pour valider l'inscription de votre enfant, il est obligatoire de remplir le dossier ci-joint, et nous faire parvenir vos demandes pour les jours d'accueils souhaités sous formes écrites.

- A nos bureaux situés au **11 rue Jean Romain 14000 Caen**
- Mail : [caploisirscaen@orange.fr](mailto:caploisirscaen@orange.fr)

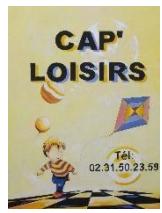
Les frais d'adhésions de 17 € sont à verser à l'inscription, renouvelable tous les ans.

**Des vêtements de rechange (complets) sont demandés dans un sac, pour chaque enfant âgé de 3 à 5 ans.** Il vous est fortement conseillé d'inscrire le nom de l'enfant sur les affaires personnelles (Cap' Loisirs ne sera pas tenu responsable de la détérioration ou perte d'effets personnels).

**Nous ne procédons pas au renouvellement d'inscriptions automatiques.** Nos possibilités d'accueil étant limitées, nous vous conseillons d'effectuer vos demandes dans les meilleurs délais, afin de garantir une place à votre (vos) enfant(s). N'hésitez pas à nous contacter au bureau, afin de renouveler vos demandes d'inscriptions pour chaque nouvelle période (vacances scolaires, mercredis, rentrée scolaire ...).

Le programme des activités est établi avec les enfants et les équipes d'animation. Chaque activité ou sortie reste sous réserve de la météo.

**Pour toute(s) personnes(s) susceptible de venir récupérer votre (vos) enfant(s) à votre place, il vous sera demandé de nous transmettre l'information au préalable, sous forme écrite : une attestation autorisant votre (vos) enfants à partir avec les personnes désignées munies de leur pièce d'identité.**



# Association Cap' Loisirs

11 rue Jean Romain – 14000 CAEN

Tel : 02 31 50 23 59 Mail : [caploisirscaen@orange.fr](mailto:caploisirscaen@orange.fr)

Coller une  
photo  
d'identité  
récente

## FICHE D'INSCRIPTION

Accueil de Loisirs  
Année scolaire .....  
A partir du .....

### INFORMATION D'ACCUEIL

#### Présence :

Local Sainte Marie  Local Clos Herbert   
Tous les mercredis  Ponctuellement  Vacances scolaires   
Matin  Repas  Après-midi

#### Enfant :

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe :  Fille  Garçon Né(e) le .../.../...

Adresse principale : .....

Ecole et classe fréquentée : .....

Régime alimentaire : .....

#### Parents :

Responsable 1: ..... Responsable 2: .....  
 Mère  Père  Autres .....  Mère  Père  Autres ..... Nom : .....  
Nom : ..... Prénom : .....  
Prénom : ..... Adresse : .....  
Adresse : .....

Tél : ..... Tél : .....  
Tél : ..... Tél : .....  
Mail : ..... Mail : .....  
Profession : ..... Profession : .....  
Tél pro : ..... Tél pro : .....  
Employeur et adresse : ..... Employeur et adresse : .....

**Situation Parentale :** ..... En  
 Vie maritale  Marié  Divorcé  Célibataire  Autres informations : .....  
cas de séparation, résidence principale de l'enfant : .....

#### Facturation :

Numéro de caf ou MSA (auquel est rattaché l'enfant) ..... Quotient Familial : .....

Envoi de la Facture :  Mail .....@.....

**Toutes absences non justifiées 48h à l'avance = repas facturé obligatoirement.**

#### Autorisation Parentale :

Je soussigné(e) : ..... Responsable de l'enfant : .....

Autorise la direction de l'accueil de Loisirs à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les Interventions

Chirurgicales, en cas de nécessité .....  Oui  Non

Je m'engage à rembourser à l'organisateur les dépenses pharmaceutiques et médicales que celui-ci peut être

Amené à régler .....  Oui  Non

J'autorise mon enfant à se baigner : .....  Oui  Non

Mon enfant ne sait pas nager

Mon enfant est bon nageur  Test 20m  Autre.....

J'autorise l'équipe d'animation à appliquer de la crème solaire .....  Oui  Non

(Votre enfant doit avoir la sienne marquée de son nom)

J'autorise l'Association à utiliser éventuellement les photos de l'enfant prises pendant l'Accueil de loisirs pour un usage interne. (Activités, ...) .....  Oui  Non

J'autorise la direction à consulter notre dossier allocation CAFPRO, afin d'accéder directement à mon quotient

Familial à prendre en compte pour le calcul des participations des ressources financières .....  Oui  Non

(Pour les familles refusant et les allocataires MSA, merci de nous fournir un justificatif en début d'année civile.)

#### Conditions de départ de l'enfant :

Autorise(nt) les personnes citées ci-dessous à venir chercher mon enfant à la structure sur présentation de leur pièce d'identité (autres que les parents).

Nom et Prénom	Adresse	Téléphone	Lien de parenté

Fait à : ..... Le : .....

**Signature précédée de la mention « J'ai lu et approuvé »**

Dans le cadre de la gestion de ses adhérents, l'association est amenée à collecter les données personnelles (ex : nom, prénom, adresses, numéro de téléphone...). Elles font l'objet d'un traitement dont les responsables sont, Mme MOULIN Isabelle, coordinatrice, et Mme GIRRE Nathalie, assistante de coordination. Ces données personnelles ne seront traitées ou utilisées que dans la mesure où cela est nécessaire pour l'exécution du séjour ou répondre à une obligation légale et/ou réglementaire. Les informations personnelles de l'adhérent seront conservées aussi longtemps que nécessaire, à l'accomplissement par l'association de ses obligations légales et réglementaires et à l'exercice des prérogatives lui étant reconnues par la loi et la jurisprudence. Pendant toute la durée de conservation des données personnelles, l'association met en place tous les moyens aptes à assurer leur confidentialité et leur sécurité, de manière à empêcher leur endommagement, effacement ou accès par des tiers non autorisés. L'accès aux données personnelles est strictement limité aux salariés de l'association habilités à les traiter en raison de leurs fonctions. Les informations recueillies pourront éventuellement être communiquées à des tiers liés à l'association par contrat pour l'exécution de tâches sous-traitées. Ces tiers n'ont qu'un accès limité aux données et ont l'obligation de les utiliser en conformité avec les dispositions de la législation applicable en matière de protection des données personnelles. Les destinataires des données sont intégralement situés au sein de l'Union européenne. Conformément aux dispositions légales et réglementaires applicables, vous bénéficierez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données ou encore de limitation du traitement. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Vous pouvez, sous réserve de la production d'un justificatif d'identité valide, exercer vos droits, et vous opposer au traitement des données vous concernant et disposez du droit de retirer votre consentement à tout moment. En cas de difficulté en lien avec la gestion de ses données personnelles, vous pouvez contacter la Cnil (plus d'informations sur [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr))

# Conditions Générales d'inscriptions

## 1. Locaux :

Ecole du Clos Herbert - 50 rue du Clos Herbert 14000 CAEN

Tous les mercredis et les petites vacances scolaires : Automne, Noël, Hiver, Printemps, Juillet et Août.

Pour les enfants de 3 à 12 ans.

Ecole Sainte Marie – Allée du Vieux Clos Herbert 14000 Caen

Uniquement les mercredis pour les enfants de 3 à 12 ans.

## 2. Accueil :

Horaires : Le matin de 7h45 à 9h15

Le midi à 12h15

L'après-midi à 13h30

Le soir de 16h30 à 18h15

## 3. Conditions d'inscriptions :

Les dossiers doivent être renvoyés au bureau 11 rue Jean Romain à Caen ou par mail à [caploisirscaen@orange.fr](mailto:caploisirscaen@orange.fr), avant la première journée de l'enfant.

L'inscription devient définitive à la réception du dossier et du règlement de l'adhésion annuelle de 17€ (non remboursable).

Le dossier d'inscription est à remplir tous les ans.

## 4. Annulation :

Nous informer par mail [caploisirscaen@orange.fr](mailto:caploisirscaen@orange.fr) ou par téléphone au 02 31 50 23 59 de toute modification ou de toute absence avant 48H.

En cas d'absence non justifiée (sauf certificat médical) le repas sera facturé.

## 5. Coordonnées :

En cas de changement de situation (séparation, changement d'adresse, téléphone, ...) merci de nous prévenir au plus vite afin de pouvoir maintenir votre dossier à jour.

## 6. Les tarifs :

Quotient familial	Durée	Régime Général Hors Régime général
< 700 €	Journée	17,00 €
	½ journée avec repas	13,10 €
	½ journée sans repas	9,90 €
> 700 € < 1100 €	Journée	19,00 €
	½ journée avec repas	14,50 €
	½ journée sans repas	10,20 €
> 1100 € < 1600 €	Journée	21,00 €
	½ journée avec repas	15,00 €
	½ journée sans repas	11,00 €
> 1600 € Sans quotient	Journée	22,00 €
	½ journée avec repas	16,00 €
	½ journée sans repas	11,90 €

Les prix indiqués comprennent le repas du midi, le goûter, l'assurance, les activités, les animations et les transports. Merci de nous communiquer un justificatif attestation CAF ou MSA, sinon les tarifs les plus élevés seront appliqués

## 7. Conditions financières :

Les paiements sont à effectuer par chèque bancaire, chèques ANCV, espèces, chèques CESU ou virement.

Les dégradations volontaires de l'enfant pourront être facturées à la famille

Noms et prénoms des responsables légaux : .....

Fait à : ..... Le : .....

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »



## 1 – ENFANT

**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON  
2025-2026**

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE 

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite en 2023. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.

**2 - VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérite		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT polio		BCG	
Ou Tétracoq		Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. **Attention:** le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

**3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**L'enfant suit-il un **traitement médical** ? Oui  non 

**Si oui**, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans Leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**).  
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

**L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?**

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				

**Allergies :** ASTHME oui  non  ALIMENTAIRES oui  non  MEDICAMENTEUSES oui  non

**AUTRES** \_\_\_\_\_

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

---

---

**En cas de régime alimentaire, précisez :**

**SANS VIANDE**

**SANS PORC**

**Indiquez ci-après :**

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

---

---

---

**Recommandations utiles des parents:**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

---

---

---

**BAIGNADE :** SAIT NAGER  SE DEBROUILLE  NE SAIT PAS NAGER

**Observations diverses :**

---

---

#### **4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ 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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

**Médecin traitant :**

Nom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

**N° de sécurité sociale de l'enfant :** \_\_\_\_\_

Date :

Signature :