



**UNCMT**  
 4 avenue du Parc St André  
 14200 HÉROUVILLE ST CLAIR  
 Tél. 02.31.46.80.40 - Fax 02.31.44.79.87  
 contact@uncmt.fr - www.uncmt.fr

## DOSSIER D'INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS

### L'UNCMT c'est aussi :

Des séjours de vacances

Enfants et adolescents. Montagne, campagne, mer

Des accueils de groupes (nationaux et internationaux)

Collèges, lycées, écoles supérieures...

Des classes d'environnement

Des classes de neige, de mer, de campagne

Des accueils périscolaires

**Lieu de l'accueil :**

**Année scolaire :**

**20 .. / 20 ..**

### IDENTITE DE L'ENFANT :

NOM DE L'ENFANT : .....

PRENOM : .....

Sexe :  M  F

Date de naissance : ...../...../..... Lieu de naissance :

Age : .....

Classe :

Adresse : .....

.....

.....



Contact : UNCMT 4 avenue du Parc St André 14200 Hérouville Saint Clair  
 Tel : 02 31 46 80 40 Mail : [contact@uncmt.fr](mailto:contact@uncmt.fr) Site : [www.uncmt.fr](http://www.uncmt.fr)

|  | Père  | Mère   | Tuteur   |
|--|---|--|--|
| Responsable légal<br>Facture à envoyer à | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| Nom et Prénom                            |   |  |  |
| Adresse                                  |   |  |  |
| ☎ fixe                                   | .....   | .....  | .....  |
| ☎ portable                               | .....   | .....  | .....  |
| Adresse mail                             | .....   | .....  | .....  |
| Profession                               |   |  |  |
| Nom et adresse de l'employeur            |   |  |  |
| ☎ professionnel                          |   |  |  |
| Sécurité sociale                         | Nom et prénom de l'assuré auquel l'enfant est rattaché :<br>N° : Adresse caisse :   |  |  |
| Allocataire                              | CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Nom et prénom de l'allocataire :<br>N° Adresse caisse :<br>Montant du quotient familial (obligatoire) : |  |  |

Situation familiale : Marié (e)  Pacsé (e)  Célibataire  Vie maritale  Divorcé (e)  Séparé (e)  Veuf (ve)

**PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT  
ET A CONTACTER EN CAS D'URGENCE**

| Nom et prénom | Lien de parenté | Téléphone | Adresse |
|---------------|-----------------|-----------|---------|
|               |                 |           |         |
|               |                 |           |         |
|               |                 |           |         |

En cas d'urgence médicale si je ne peux être joint à mon domicile ou sur mon lieu de travail :

**J'autorise/je n'autorise pas\*** le responsable de l'accueil à faire examiner mon enfant par le médecin le plus proche, à prendre toutes les mesures nécessaires pour faire transporter mon enfant vers l'hôpital et/ou la clinique la plus proche, à pratiquer tous les soins, interventions, actes chirurgicaux et anesthésie nécessités par l'état de santé de mon enfant.

\*rayer la mention inutile

**Je m'engage** à rembourser les frais médicaux engagés par l'UNCMT (les justificatifs vous seront fournis en retour).

Crédit d'impôt pour les frais de garde des jeunes enfants hors du domicile

Si vous êtes fiscalement domicilié en France, vous pouvez bénéficier d'un crédit d'impôt égal à 50 % des dépenses que vous engagez pour la garde de vos enfants à charge âgés de moins de 6 ans au 1<sup>er</sup> janvier de l'année des revenus. Une demande nominative est à formuler auprès de l'UNCMT.



• ASSURANCE

L'UNCMT est assurée auprès de la MAIF. Cette assurance couvre les risques « accidents corporels » et « responsabilité civile », après intervention des organismes sociaux des familles.

Les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation éventuels restent à la charge des parents, qui devront les rembourser à l'UNCMT lorsqu'elle en aura fait l'avance.

Lunettes : après les remboursements de la Sécurité Sociale et éventuellement de la mutuelle des familles, l'assurance MAIF participera si besoin est pour une montant de 80 € (bris et vol).

• DROIT A L'IMAGE

Sauf si une demande écrite **refusant** l'autorisation de photos et/ou de films est transmise à l'UNCMT, l'association pourra utiliser les photographies ou les films pour des expositions, illustrations de plaquettes et autres supports de communication.

**AUTORISATIONS PARENTALES**

Je soussigné (e) \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant \_\_\_\_\_, déclare :

- ▶ Avoir dûment complété, avec exactitude, le dossier d'inscription
- ▶ Autoriser mon enfant à participer à l'ensemble des activités de l'accueil de loisirs, permis par la réglementation des accueils collectifs de mineurs oui non
- ▶ Autoriser mon enfant à être photographié et/ou filmé oui non
- ▶ Autoriser mon enfant à rentrer seul oui non

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Signature du responsable légal

**PIECES A FOURNIR LORS DE L'INSCRIPTION**

- ◇ Dossier complété et signé
- ◇ Fiche sanitaire
- ◇ Attestation CAF précisant le montant de votre quotient familial

**MONTANTS A REGLER**

- ◇ Adhésion annuelle
- Acompte à chaque période





**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....  
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussigné, ..... 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.*

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....  
.....  
.....

**OBSERVATIONS**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....