

Fiche d'inscription

3 jours d'activités - 6 à 10 ans

Du Lundi 13 au Mercredi 15 Avril 2026

RENSEIGNEMENTS

Mon enfant :

NOM : PRÉNOM : Date de naissance : __/__/____
Nom de l'ouvrant droit : NIA :
Tel Fixe : Tel Portable :

Personne à joindre en cas d'urgence :

Nom et Prénom : N° Tél :

Accueil au Complexe Gérard Brocas 185 avenue Labarde – 33300 BORDEAUX

Lundi 13/04/2026 (le retour se fera au même endroit que le matin) :

- Aller : CMCAS GIRONDE accueil de 7h45 à 8h, retour : 19h
- Aller : Parking Aldi André de Cubzac à 8h30, retour : 18h30
- Aller : Départ sortie 38 parking covoiturage à 9h, retour : 18h

Mardi 14/04/2026 (le retour se fera au même endroit que le matin) :

- Aller : CMCAS GIRONDE accueil de 7h45 à 8h30, retour : 18h15
- Aller : Parking Aldi André de Cubzac à 9h, retour : 17h45
- Aller : Départ sortie 38 parking covoiturage à 9h30, retour : 17h15

Mercredi 15/04/2026 (le retour se fera au même endroit que le matin) :

- Aller : sortie 38 parking covoiturage à 8h30, retour : 17h30
- Aller : Parking Aldi André de Cubzac à 9h retour : 17h
- Aller : Rdv CMCAS GIRONDE accueil de 7h45 à 9h30 retour : 16h30

PREVOIR UN PIQUE NIQUE POUR LA JOURNEE DU LUNDI ET DU MARDI

DROIT À L'IMAGE

Je soussigné (e) : Nom : Prénom :
Père Mère Tuteur de l'enfant

Dans le cadre de la mise en ligne uniquement sur les sites internet de la CCAS et de la CMCAS et de l'insertion dans les publications de la CCAS et de la CMCAS sur des supports papier, CD et multimédia, de photos et de reportages :

- AUTORISE expressément à utiliser l'image de mon enfant, sans limitation de durée, ni autres formalités préalables
- N'AUTORISE PAS l'utilisation de l'image de mon enfant.

VACCINATION OBLIGATOIRE

La vaccination DTP (diphtérie, le tétanos et la poliomyélite) est obligatoire en collectivité (cf. Article L3111-1).

Mon enfant est bien vacciné OUI NON (en cas de contre-indication fournir un certificat médical).

Merci de fournir la copie du carnet de santé (page des vaccins) ou une attestation de votre médecin traitant.



AUTORISATION D' HOSPITALISATION

En cas d'urgence, j'autorise le responsable de l'activité à prendre toutes les dispositions utiles concernant les traitements médicaux et chirurgicaux qui pourraient s'imposer : OUI NON


ALLERGIES

Votre enfant a-t-il des allergies ? : OUI NON

Médicamenteuses : Alimentaires : Respiratoires : Autres : Précisez :

Votre enfant suit-il un traitement médical ? : OUI NON

Si oui, pensez bien à apporter une copie de l'ordonnance à jour de votre médecin et à la remettre avec les médicaments au responsable de l'activité.

 Si votre enfant a un handicap, des allergies, une maladie chronique ou un besoin particulier, merci de prendre contact avec les responsables de l'activité afin que la CMCAS Gironde mette toutes les conditions nécessaires à son épanouissement.

Signature du responsable légal (Père – Mère) – Tuteur de l'enfant :

**Pour plus d'informations,
Pour l'inscription contactez la CMCAS Gironde
05 57 01 89 70**

Les informations recueillies par la CMCAS font l'objet d'un traitement informatique destiné au suivi des inscriptions à l'activité ci-dessus. Les destinataires des données sont : la filière Opérationnelle des Activités Sociales de la plaque Nouvelle-Aquitaine.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes, aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en Vous adressant à CMCAS GIRONDE - Madame la présidente – 185 avenue de Labarde CS 62053 33300 Bordeaux

