

DEMANDE DE PRE-INSCRIPTION AUX MARMOTS SAISON ESTIVALE 2026

SEMAINE
DU _____
AU _____
Préciser si votre enfant est déjà venu dans notre structure : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Réservé à l'administration	
N° de semaine	_____
Dossier réceptionné le	_____
Dossier traité le	_____
Dossier traité par	_____
Facture envoyée le	_____
Règlement enregistré le	_____

ENFANT (un dossier par enfant)

Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____
Sexe : M F Date de naissance : |____|____|____
Age (au moment du séjour) : _____ Scolarisé (au moment du séjour) : oui non
Allergie connue ? _____
Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI
Nombre d'enfants au foyer : _____

RESPONSABLES LEGAUX

PARENT 1

PARENT 2

Nom et prénom : _____

Nom et prénom _____

Adresse : _____

Adresse : _____

Code postal ville : _____

Code postal ville : _____

Mail : _____ @ _____

Mail : _____ @ _____

Tel domicile : |____|____|____|____|____|

Tel domicile : |____|____|____|____|____|

Tel portable : |____|____|____|____|____|

Tel portable : |____|____|____|____|____|

Situation : Mariés Pacsés Divorcés-séparés Union libre Veuf Célibataire



LES FORMULES

ATTENTION :

Pour les enfants **de moins de 3 ans non scolarisé :**

La première journée est FORCEMENT une 1/2 journée d'adaptation : matin (SANS repas) OU après-midi.

Entourez la/les case(s) choisie(s) et complétez la/les date(s)

	SAMEDI	DIMANCHE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
Dates à compléter							
Mois à compléter							
MATIN 9h-12h	28 €	28 €	28 €	28 €	28 €	28 €	28 €
MATIN+REPAS 9h-13h	36.50 €	36.50 €	36.50 €	36.50 €	36.50 €	36.50 €	36.50 €
APRES-MIDI 13h -17h	35 €	35 €	35 €	35 €	35 €	35 €	35 €
JOURNEE 9h -17h	48 €	48 €	48 €	48 €	48 €	48 €	48 €

- 15% de réduction sont accordés à partir du 2^{ème} enfant (le 2^{ème} enfant étant le plus jeune) Si deux enfants ou plus d'une même fratrie sont présents simultanément aux Marmots.

TOTAL : _____ EUROS

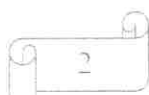
- Nous attestons que notre enfant est bien assuré par une assurance responsabilité civile et/ou par une assurance extra-scolaire.
- Nous attestons avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement des marmots et nous nous engageons à respecter les termes.
- Nous reconnaissons nous être informés sur le projet pédagogique des marmots et sur les activités proposées et nous acceptons que notre enfant y participe.

Je soussigné(é).....responsable légal de l'enfant.....

Fait à : le.....

Signature précédée de la mention «lu et approuvé »

Fait à : le..... Signature précédée de la mention « lu et approuvé »



AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) :

Maman Papa De : _____

DROIT A L'IMAGE

J'autorise le personnel des Marmots à photographier et à filmer mon enfant, ainsi que les stagiaires (dans le cadre des travaux à réaliser pour leur formation)

Pour un usage interne (site mairie, école, presse locale, affichage dans les locaux) ou pour être partagées avec les autres familles des Marmots.

OUI

NON

AUTORISATION DE SORTIES

L'inscription de mon enfant donne l'autorisation de sortie dans le cadre des activités pédagogiques de la journée (à pied, en minibus ou navette).

PERSONNES MAJEURES autorisées à récupérer mon enfant (maximum 2 personnes en plus des parents)

J'autorise, en ma qualité de représentant légal de mon enfant, les personnes mentionnées ci-dessous, à récupérer mon enfant aux Marmots (2 maximums en plus des parents).

Je reconnais être informée que cette personne devra être majeure et devra se présenter munie d'une pièce d'identité.

Nom prénom : _____ tel : _____ lien : _____

Nom prénom : _____ tel : _____ lien : _____

Fait à : _____

Le : _____

Signature(s) :

(« Lu et approuvé »)

PIECES A FOURNIR

Par mail en PDF : lesmarmots@chamrousse.com

- Demande d'inscription
- Fiche sanitaire pour les plus de 3 ans scolarisés
- Autorisations parentales
- Copie du livret de famille (parents +enfants)
- Justificatif de l'autorité parentale pour les couples divorcés
- copie des vaccinations (merci de bien noté le nom et prénom de votre enfant)

TOUT DOSSIER INCOMPLET OU ILLISIBLE NE POURRA ETRE TRAITE
1 DOSSIER PAR ENFANT EST A RETOURNER (EN PDF)




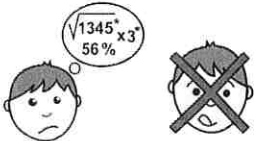


Fiche enfant

Date :





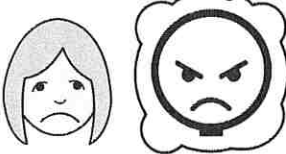



Nom :

Prénom :

Age au moment du séjour :

 <p>Je suis... Je vis...</p>	<p><i>Chez papa et maman, ...</i></p>
 <p>Mon caractère, ma particularité...</p>	<p><i>Je n'aime pas perdre, j'ai besoin de beaucoup bouger ...</i></p>
 <p>J'aime</p>	<p><i>Colorier, lire, courir, sauter, danser...</i></p>
 <p>Il m'est difficile... Je n'aime pas...</p>	<p><i>De rester assis longtemps..</i></p>
 <p>Dans la vie quotidienne...</p>	<p><i>Je sais m'habiller tout seul, j'ai besoin qu'on m'aide à faire mes lacets...</i></p>
 <p>Pour mes repas...</p>	<p><i>Je ne mange qu'avec une petite cuillère, j'ai un petit appetit...</i></p>

Fiche enfant

 Pour aller aux toilettes...	<p><i>J'ai besoin qu'on me le rappelle...</i></p>
 Sieste	<p><i>J'ai besoin de mon doudou, d'une histoire, d'une veilleuse...</i></p>
 Dans ma relation avec l'autre...	<p><i>Je suis très tactile.</i></p>
 Attention particulière à avoir en sortie	<p><i>Je suis tête en l'air quand je suis le groupe.</i></p>
 Quand je suis contrarié, angoissé...	<p><i>J'ai besoin de mon doudou, d'un câlin, crier, évacuer...</i></p>
 Pour m'aider dans les activités...	
 Astuces et conseils	<p><i>J'ai un doudou, j'ai une sucette</i></p>
 Vigilance au niveau de ma santé...	

**MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT**

NOM :	PRENOM :
-------	----------

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le Service Animation Jeunesse. Elle évite de vous munir de son carnet de santé.

1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Polomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
OU DT Polio				Autres (préciser)	
OU Tétracoq				BCG	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION. Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

2 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

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 DEJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES :

- ASTHME Oui Non
- ALIMENTAIRES Oui Non
- MEDICAMENTEUSES Oui Non
- AUTRES (animaux, plantes, pollen...) Oui Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (Si automédication le signaler).

.....

.....

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? Oui Non

.....

.....

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

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otitite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne :

.....

.....

4 – RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM : PRENOM :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL : TEL PORTABLE

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) :

N° SECURITE SOCIALE (dont dépend l'enfant) :(OBLIGATOIRE)

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

DATE :

SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL

