



**SAINT-JEANNET**  
Porte des Baous

**SERVICE ENFANCE JEUNESSE**

54 rue du Château 06640 Saint-Jeannet

Tél : 04.93.59.49.70

Fax : 04.93.24.78.90

Courriel : [enfancejeunesse@saintjeannet.com](mailto:enfancejeunesse@saintjeannet.com)

**FICHE D'INSCRIPTION A.C.M.  
VACANCES D'ÉTÉ**

**ATTENTION : Inscription uniquement du Lundi 03 au Vendredi 07 juin 2019**

**De 8h00 à 12h et de 13h30 à 18h**

**Sauf le vendredi de 8h00 à 12h et de 13h30 à 17h.**

**Dans la limite des places disponibles**

**Je soussigné(e) :**

**Souhaite l'inscription de mon (mes) enfant(s) :**

Nom et prénom	Age	Ecole	Maternelle	Primaire
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Cocher la (les) semaine(s) d'inscription souhaitée(s) :**

Nom et prénom du (des) enfant(s)	Semaine du 8 au 12 Juillet 2019	Semaine du 15 au 19 juillet 2019	Semaine du 22 au 26 juillet 2019	Semaine du 29 juillet au 02 Août 2019	Semaine du 26 au 30 août 2019
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Informations médicales :**

<b>Contre-indications médicales et / ou alimentaires</b>	
<b>Nom du médecin traitant :</b>	
<b>Personne à contacter en cas d'urgence :</b>	

Je soussigné(e) .....responsable de (des) enfant(s) ci-dessus cité(s) :

Autorise la directrice du centre ACM à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'accident, faire appel aux services des pompiers et éventuellement au médecin disponible le plus proche.

Autorise mon (ou mes) enfant (s) à rentrer seul (s) à la maison à la fin du centre A.C.M.

N'autorise PAS mon (ou mes) enfant (s) à rentrer seul (s) à la maison à la fin du centre A.C.M.

Autorise-la ou les personne(s) désignée(s) ci-dessous, à venir chercher mon enfant (mes enfants) à la fin la fin du centre A.C.M.

Nom :	Prénom :
Tél. domicile :	Tél. Portable :
Lien de parenté avec l'enfant :	

Nom :	Prénom :
Tél. domicile :	Tél. Portable :
Lien de parenté avec l'enfant :	

Nom :	Prénom :
Tél. domicile :	Tél. Portable :
Lien de parenté avec l'enfant :	

\*Les personnes habilitées à venir chercher l'enfant devront se munir obligatoirement d'une pièce d'identité avec photo.

Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur du centre ACM de Saint-Jeannet et m'engage à prendre toutes les dispositions pour le respecter.

**AUTORISATION DE PUBLICATION**

DE PHOTOGRAPHIES, FILMS, ENREGISTREMENTS D'ENFANTS PRIS DANS LE CADRE DES ACTIVITES ET SERVICES MUNICIPAUX, Inscrit(s) aux différents services et activités proposés par la commune de Saint-Jeannet (Centre de loisirs, Etude, Garderie, Cantine). Conformément à la loi, article 9 du Code Civil sur le « droit à l'image et au son » et à l'article 121-2 du Code de la Propriété Intellectuelle :

**Je soussigné :**

**AUTORISE la mairie de Saint-Jeannet : A utiliser et à publier les photographies, films, enregistrements sur lesquels mon (mes) enfant(s) peut (peuvent) figurer ainsi que les productions et œuvres originales que mon (mes) enfant(s) aura (auront) réalisées dans le cadre des différents services et activités et sous la responsabilité de la Mairie. Les supports de publication seront les suivants : site Internet de la commune, réseaux sociaux, tous autres supports informatiques (CD Rom – DVD – Diaporama...), d'éventuels reportages journalistiques par presse écrite ou audiovisuelle, expositions thématiques concluant des projets dans le cadre des différentes activités...**

**N'AUTORISE PAS la mairie de Saint-Jeannet. Dans ce cas merci de fournir une photo d'identité.**

**Fait à .....**

**Le .....**

**Signature du représentant légal  
Précédée de la mention manuscrite  
« Lu et approuvé »**