

Tout dossier incomplet sera retourné sans être pris en compte.

SERVICE INSCRIPTIONS

Inscriptions Accueils de Loisirs
21 Place de l'hôtel de ville - 70150 MARNAY
Tél : 03 84 31 20 00
Courriel : inscriptions@valmarnaysien.com
Site @ : http://www.valmarnaysien.com



Cadre réservé au Service Inscriptions

ENFANT(S)

Form area for child name(s) with dotted lines.



ANNÉE SCOLAIRE 2022-2023
DOSSIER D'INSCRIPTION PÉRISCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE
à remettre EXCLUSIVEMENT au Service Inscriptions



Accueil de Loisirs : [ ] RECOLOGNE [ ] MARNAY [ ] SORNAY [ ] PIN [ ] LAVERNAY
[ ] EMAGNY [ ] MONTAGNEY [ ] CHAMBORNAY-LES-PIN [ ] CLUB ADOS
[ ] CORCELLES-FERRIÈRES [ ] MERCEY-LE-GRAND

FAMILLE

RESPONSABLES LÉGAUX

Responsable légal 1 Autorité parentale : [ ] Oui [ ] Non

NOM d'usage : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : ..... Date de naissance : .....

Adresse : ..... Code postal : [ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Commune : ..... Nb d'enfants : ..... Nb d'enfants à charge : .....

Situation familiale : [ ] célibataire [ ] marié(e) [ ] pacsé(e) [ ] vie maritale [ ] divorcé(e) [ ] séparé(e) [ ] veuf(ve)

Profession : ..... Tél. domicile : .....

Tél. portable : ..... Tél. travail : .....

N° Sécurité sociale : ..... E-mail (pour votre identifiant sur le portail famille et vos communications) : .....

Responsable légal 2 Autorité parentale : [ ] Oui [ ] Non

NOM d'usage : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : ..... Date de naissance : .....

Adresse : ..... Code postal : [ ][ ][ ][ ][ ]

Commune : ..... Nb d'enfants : ..... Nb d'enfants à charge : .....

Situation familiale : [ ] célibataire [ ] marié(e) [ ] pacsé(e) [ ] vie maritale [ ] divorcé(e) [ ] séparé(e) [ ] veuf(ve)

Profession : ..... Tél. domicile : .....

Tél. portable : ..... Tél. travail : .....

N° Sécurité sociale : .....

RÉGIME GÉNÉRAL

RÉGIME : [ ] CAF du Doubs [ ] CAF de la Haute-Saône [ ] Autre CAF : .....

[ ] MSA [ ] Autre régime : .....

N° allocataire complet : ..... Nom-Prénom allocataire : .....

[ ] J'autorise la CCVM à accéder à mon Quotient Familial sur « Consultation des Données de l'Allocataire par le Partenaire » (CDAP)

ATTENTION :

- En cas de non autorisation, la tarification appliquée sera celle de la tranche la plus élevée.
• Le Quotient Familial relevé sur CDAP ne sera actualisé que 2 fois par année scolaire (en Septembre et en Février).
• Il est de votre responsabilité de vérifier la mise à jour de votre Quotient Familial par la CAF (via votre compte sur caf.fr).
• Pour la MSA ou autre régime : fournir une attestation d'affiliation au régime et votre dernier avis d'imposition (enregistré en Septembre et valable pour l'année scolaire complète) ou la tarification appliquée sera celle de la tranche la plus élevée.

PAIEMENT DES FACTURES DU SERVICE

La facture, établie au mois échu, est à régler dans les délais précisés sur la facture à la Trésorerie de Gray :

- Par chèque à l'ordre du Trésor Public envoyé à la trésorerie de Gray.
• Par chèques Vacances ou CESU (papiers et dématérialisés) directement à la trésorerie de Gray
• En espèces directement à la trésorerie de Gray.
• Par internet (PayFip).
• Par prélèvement automatique : (TRANSMETTRE UN RIB AU SERVICE INSCRIPTIONS).

NOM - Prénom du redevable (à qui sera envoyée la facture) : .....

En cas de garde alternée, il est possible d'effectuer des factures séparées en remplissant 1 dossier par parent.

## 1<sup>ER</sup> ENFANT

NOM : ..... Adresse actuelle de l'enfant : .....  
 Prénom(s) : .....  
 Sexe :  M  F Code postal :       
 Né(e) le : ..... Commune : .....  
 Lieu de naissance (commune et département) : ..... Scolarité (pour l'année scolaire 2022-2023) : .....  
 ..... École fréquentée : .....  
 Nationalité :  Française  autre : ..... Classe fréquentée : .....

### INSCRIPTION PÉRISCOLAIRE 2022/2023 (Cocher les cases souhaitées).

**RÉGULIÈRE** Inscription à partir du :

- Semaine PAIRE  
 Semaine IMPAIRE

	Périscolaire MATIN	Périscolaire MIDI	Périscolaire SOIR
LUNDI			
MARDI			
JEUDI			
VENDREDI			

**MENSUELLE** : Sur le portail familles <https://ccvm-marnay.portail-familles.app/>  
 ou par mail à [inscriptions@valmarnaysien.com](mailto:inscriptions@valmarnaysien.com)

### INSCRIPTION MERCREDIS LOISIRS 2022/2023 (Cocher les cases souhaitées) Lieu d'accueil : RECOLOGNE MONTAGNEY PIN

**RÉGULIÈRE** Inscription à partir du :

- Semaine PAIRE  
 Semaine IMPAIRE

	Journée AVEC REPAS (8h30 / 17h30)	Mercredi ½ journée AVEC REPAS (8h30 / 14h)	Mercredi ½ journée AVEC REPAS (12h / 17h30)	Mercredi ½ journée SANS REPAS (8h30 / 12h)	Mercredi ½ journée SANS REPAS (14h / 17h30)	Accueil Matin (7h20 / 8h30)	Accueil Soir (17h30-18h30)
MERCREDI							

**NON RÉGULIÈRE** : Sur le portail familles <https://ccvm-marnay.portail-familles.app/>  
 ou par mail à [inscriptions@valmarnaysien.com](mailto:inscriptions@valmarnaysien.com)

### INSCRIPTION ADOS MARNAY (Cocher les cases souhaitées).

CLUB ADOS MERCREDIS APRÈS-MIDI AVEC REPAS RÉGULIERS (Adhésion annuelle + inscription tous les Mercredis midis)

CLUB ADOS MERCREDIS APRÈS-MIDI AVEC REPAS OCCASIONNELS (Adhésion annuelle + possibilité d'inscription aux repas de manière occasionnelle)

CLUB ADOS OCCASIONNELS (Vacances hors Mercredis après-midi)

## FICHE SANITAIRE 2022/2023

### MEDECIN TRAITANT

NOM : ..... PRÉNOM : .....  
 Adresse : ..... Tél. : .....

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical régulier ?  OUI  NON

Si OUI, joindre une ordonnance en cours de validité et transmettre dès la rentrée les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) au responsable de l'accueil de loisirs. **AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE DONNÉ SANS ORDONNANCE.**

L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, autres ? (précisez) : .....

#### L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

	OUI	NON		OUI	NON
Angine			Roséole		
Coqueluche			Rougeole		
Oreillons			Rubéole		
Otite			Scarlatine		
Pied Main bouche			Varicelle		
Rhumatisme articulaire aigu			Autres (précisez)		

#### ALLERGIES Indiquez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

Alimentaire : .....  
Joindre **OBLIGATOIREMENT** un certificat médical (aucun repas de substitution ne pourra être commandé sans ce certificat médical)

Médicamenteuse : .....

Autres : .....

L'accueil de mon enfant nécessite une surveillance régie par un Projet d'Accueil Individualisé (**JOINDRE LE PAI**).

**VACCINATIONS : JOINDRE OBLIGATOIREMENT LES PHOTOCOPIES DES VACCINATIONS** (mentionnant les NOM-Prénom de l'enfant)

**DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) Indiquez les dates et les précautions à prendre.

DATE	Événements et précautions à prendre

## 2<sup>ÈME</sup> ENFANT

NOM : ..... Adresse actuelle de l'enfant : .....

Prénom(s) : .....  
 Sexe :  M  F Code postal :

Né(e) le : ..... Commune : .....

Lieu de naissance (commune et département) : ..... Scolarité (pour l'année scolaire 2022-2023) : .....

..... École fréquentée : .....

Nationalité :  Française  autre : ..... Classe fréquentée : .....

### INSCRIPTION PÉRISCOLAIRE 2022/2023 (Cocher les cases souhaitées).

**RÉGULIÈRE** Inscription à partir du :

- Semaine PAIRE  
 Semaine IMPAIRE

	Périscolaire MATIN	Périscolaire MIDI	Périscolaire SOIR
LUNDI			
MARDI			
JEUDI			
VENDREDI			

**MENSUELLE** : Sur le portail familles <https://ccvm-marnay.portail-familles.app/>  
 ou par mail à [inscriptions@valmarnaysien.com](mailto:inscriptions@valmarnaysien.com)

### INSCRIPTION MERCREDIS LOISIRS 2022/2023 (Cocher les cases souhaitées) Lieu d'accueil : RECOLOGNE MONTAGNEY PIN

**RÉGULIÈRE** Inscription à partir du :

- Semaine PAIRE  
 Semaine IMPAIRE

	Journée AVEC REPAS (8h30 / 17h30)	Mercredi ½ journée AVEC REPAS (8h30 / 14h)	Mercredi ½ journée AVEC REPAS (12h / 17h30)	Mercredi ½ journée SANS REPAS (8h30 / 12h)	Mercredi ½ journée SANS REPAS (14h / 17h30)	Accueil Matin (7h20 / 8h30)	Accueil Soir (17h30-18h30)
MERCREDI							

**NON RÉGULIÈRE** : Sur le portail familles <https://ccvm-marnay.portail-familles.app/>  
 ou par mail à [inscriptions@valmarnaysien.com](mailto:inscriptions@valmarnaysien.com)

### INSCRIPTION ADOS MARNAY (Cocher les cases souhaitées).

<input type="checkbox"/> CLUB ADOS MERCREDIS APRÈS-MIDI AVEC REPAS RÉGULIERS (Adhésion annuelle + inscription tous les Mercredis midis)	<input type="checkbox"/> CLUB ADOS MERCREDIS APRÈS-MIDI AVEC REPAS OCCASIONNELS (Adhésion annuelle + possibilité d'inscription aux repas de manière occasionnelle)	<input type="checkbox"/> CLUB ADOS OCCASIONNELS (Vacances hors Mercredis après-midi)	<input type="checkbox"/>
--	---	---	--------------------------

## FICHE SANITAIRE 2022/2023

### MEDECIN TRAITANT

NOM : ..... PRÉNOM : .....

Adresse : ..... Tél. : .....

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical régulier ?  OUI  NON

Si OUI, joindre une ordonnance en cours de validité et transmettre dès la rentrée les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) au responsable de l'accueil de loisirs. **AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE DONNÉ SANS ORDONNANCE.**

L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, autres ? (précisez) : .....

#### L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

	OUI	NON		OUI	NON
Angine			Roséole		
Coqueluche			Rougeole		
Oreillons			Rubéole		
Otite			Scarlatine		
Pied Main bouche			Varicelle		
Rhumatisme articulaire aigu			Autres (précisez)		

#### ALLERGIES Indiquez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

- Alimentaire : .....  
Joindre **OBLIGATOIREMENT** un certificat médical (aucun repas de substitution ne pourra être commandé sans ce certificat médical)
- Médicamenteuse : .....
- Autres : .....
- L'accueil de mon enfant nécessite une surveillance régie par un Projet d'Accueil Individualisé (**JOINDRE LE PAI**).

**VACCINATIONS : JOINDRE OBLIGATOIREMENT LES PHOTOCOPIES DES VACCINATIONS** (mentionnant les NOM-Prénom de l'enfant)

**DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) Indiquez les dates et les précautions à prendre.

DATE	Événements et précautions à prendre

## 3<sup>ÈME</sup> ENFANT

NOM : ..... Adresse actuelle de l'enfant : .....  
 Prénom(s) : .....  
 Sexe :  M  F Code postal :       
 Né(e) le : ..... Commune : .....  
 Lieu de naissance (commune et département) : ..... Scolarité (pour l'année scolaire 2022-2023) : .....  
 Nationalité :  Française  autre : ..... École fréquentée : .....  
 Classe fréquentée : .....

### INSCRIPTION PÉRISCOLAIRE 2022/2023 (Cocher les cases souhaitées).

**RÉGULIÈRE** Inscription à partir du :

- Semaine PAIRE  
 Semaine IMPAIRE

	Périscolaire MATIN	Périscolaire MIDI	Périscolaire SOIR
LUNDI			
MARDI			
JEUDI			
VENDREDI			

**MENSUELLE** : Sur le portail familles <https://ccvm-marnay.portail-familles.app/>  
 ou par mail à [inscriptions@valmarnaysien.com](mailto:inscriptions@valmarnaysien.com)

### INSCRIPTION MERCREDIS LOISIRS 2022/2023 (Cocher les cases souhaitées) Lieu d'accueil : RECOLOGNE MONTAGNEY PIN

**RÉGULIÈRE** Inscription à partir du :

- Semaine PAIRE  
 Semaine IMPAIRE

	Journée AVEC REPAS (8h30 / 17h30)	Mercredi ½ journée AVEC REPAS (8h30 / 14h)	Mercredi ½ journée AVEC REPAS (12h / 17h30)	Mercredi ½ journée SANS REPAS (8h30 / 12h)	Mercredi ½ journée SANS REPAS (14h / 17h30)	Accueil Matin (7h20 / 8h30)	Accueil Soir (17h30-18h30)
MERCREDI							

**NON RÉGULIÈRE** : Sur le portail familles <https://ccvm-marnay.portail-familles.app/>  
 ou par mail à [inscriptions@valmarnaysien.com](mailto:inscriptions@valmarnaysien.com)

### INSCRIPTION ADOS MARNAY (Cocher les cases souhaitées).

CLUB ADOS MERCREDIS APRÈS-MIDI AVEC REPAS RÉGULIERS (Adhésion annuelle + inscription tous les Mercredis midis)

CLUB ADOS MERCREDIS APRÈS-MIDI AVEC REPAS OCCASIONNELS (Adhésion annuelle + possibilité d'inscription aux repas de manière occasionnelle)

CLUB ADOS OCCASIONNELS (Vacances hors Mercredis après-midi)

## FICHE SANITAIRE 2022/2023

### MEDECIN TRAITANT

NOM : ..... PRÉNOM : .....  
 Adresse : ..... Tél. : .....

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical régulier ?  OUI  NON

Si OUI, joindre une ordonnance en cours de validité et transmettre dès la rentrée les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) au responsable de l'accueil de loisirs. **AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE DONNÉ SANS ORDONNANCE.**

L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, autres ? (précisez) : .....

#### L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

	OUI	NON		OUI	NON
Angine			Roséole		
Coqueluche			Rougeole		
Oreillons			Rubéole		
Otite			Scarlatine		
Pied Main bouche			Varicelle		
Rhumatisme articulaire aigu			Autres (précisez)		

#### ALLERGIES Indiquez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

Alimentaire : .....  
Joindre **OBLIGATOIREMENT** un certificat médical (aucun repas de substitution ne pourra être commandé sans ce certificat médical)

Médicamenteuse : .....

Autres : .....

L'accueil de mon enfant nécessite une surveillance régie par un Projet d'Accueil Individualisé (**JOINDRE LE PAI**).

**VACCINATIONS : JOINDRE OBLIGATOIREMENT LES PHOTOCOPIES DES VACCINATIONS** (mentionnant les NOM-Prénom de l'enfant)

**DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) Indiquez les dates et les précautions à prendre.

DATE	Événements et précautions à prendre

4<sup>ÈME</sup> ENFANT

NOM : ..... Adresse actuelle de l'enfant : .....  
 Prénom(s) : .....  
 Sexe :  M  F Code postal :       
 Né(e) le : ..... Commune : .....  
 Lieu de naissance (commune et département) : ..... Scolarité (pour l'année scolaire 2022-2023) :  
 ..... École fréquentée : .....  
 Nationalité :  Française  autre : ..... Classe fréquentée : .....

## INSCRIPTION PÉRISCOLAIRE 2022/2023 (Cocher les cases souhaitées).

**RÉGULIÈRE** Inscription à partir du :

Semaine PAIRE

Semaine IMPAIRE

	Périscolaire MATIN	Périscolaire MIDI	Périscolaire SOIR
LUNDI			
MARDI			
JEUDI			
VENDREDI			

**MENSUELLE** : Sur le portail familles <https://ccvm-marnay.portail-familles.app/>  
ou par mail à [inscriptions@valmarnaysien.com](mailto:inscriptions@valmarnaysien.com)

INSCRIPTION MERCREDIS LOISIRS 2022/2023 (Cocher les cases souhaitées) Lieu d'accueil :  RECOLOGNE  MONTAGNEY  PIN

**RÉGULIÈRE** Inscription à partir du :

Semaine PAIRE

Semaine IMPAIRE

	Journée AVEC REPAS (8h30 / 17h30)	Mercredi ½ journée AVEC REPAS (8h30 / 14h)	Mercredi ½ journée AVEC REPAS (12h / 17h30)	Mercredi ½ journée SANS REPAS (8h30 / 12h)	Mercredi ½ journée SANS REPAS (14h / 17h30)	Accueil Matin (7h20 / 8h30)	Accueil Soir (17h30-18h30)
MERCREDI							

**NON RÉGULIÈRE** : Sur le portail familles <https://ccvm-marnay.portail-familles.app/>  
ou par mail à [inscriptions@valmarnaysien.com](mailto:inscriptions@valmarnaysien.com)

## INSCRIPTION ADOS MARNAY (Cocher les cases souhaitées).

CLUB ADOS MERCREDIS APRÈS-MIDI AVEC REPAS RÉGULIERS (Adhésion annuelle + inscription tous les Mercredis midis)

CLUB ADOS MERCREDIS APRÈS-MIDI AVEC REPAS OCCASIONNELS (Adhésion annuelle + possibilité d'inscription aux repas de manière occasionnelle)

CLUB ADOS OCCASIONNELS (Vacances hors Mercredis après-midi)

## FICHE SANITAIRE 2022/2023

## MEDECIN TRAITANT

NOM : ..... PRÉNOM : .....  
 Adresse : ..... Tél. : .....

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical régulier ?  OUI  NON

Si OUI, joindre une ordonnance en cours de validité et transmettre dès la rentrée les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) au responsable de l'accueil de loisirs. **AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE DONNÉ SANS ORDONNANCE.**

L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, autres ? (précisez) : .....

## L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

	OUI	NON		OUI	NON
Angine			Roséole		
Coqueluche			Rougeole		
Oreillons			Rubéole		
Otite			Scarlatine		
Pied Main bouche			Varicelle		
Rhumatisme articulaire aigu			Autres (précisez)		

## ALLERGIES Indiquez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

Alimentaire : .....

*Joindre **OBLIGATOIREMENT** un certificat médical (aucun repas de substitution ne pourra être commandé sans ce certificat médical)*

Médicamenteuse : .....

Autres : .....

L'accueil de mon enfant nécessite une surveillance régie par un Projet d'Accueil Individualisé (**JOINDRE LE PAI**).

**VACCINATIONS : JOINDRE OBLIGATOIREMENT LES PHOTOCOPIES DES VACCINATIONS** (mentionnant les NOM-Prénom de l'enfant)

**DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) Indiquez les dates et les précautions à prendre.

DATE	Événements et précautions à prendre

## AUTORISATIONS

### AUTRE(S) PERSONNE(S) À APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISÉES À PRENDRE L'ENFANT

Indiquez ci-dessous les personnes **AUTRES QUE LES RESPONSABLES LÉGAUX**.

NOM : .....  
Prénom : .....  
Lien avec l'enfant : .....  
Code postal : □□□□□  
Commune : .....

1

Tél. domicile : .....  
Tél. portable : .....  
 **AUTORISÉ À PRENDRE L'ENFANT** .....  
 **À APPELER EN CAS D'URGENCE** .....

NOM : .....  
Prénom : .....  
Lien avec l'enfant : .....  
Code postal : □□□□□  
Commune : .....

2

Tél. domicile : .....  
Tél. portable : .....  
 **AUTORISÉ À PRENDRE L'ENFANT** .....  
 **À APPELER EN CAS D'URGENCE** .....

NOM : .....  
Prénom : .....  
Lien avec l'enfant : .....  
Code postal : □□□□□  
Commune : .....

3

Tél. domicile : .....  
Tél. portable : .....  
 **AUTORISÉ À PRENDRE L'ENFANT** .....  
 **À APPELER EN CAS D'URGENCE** .....

NOM : .....  
Prénom : .....  
Lien avec l'enfant : .....  
Code postal : □□□□□  
Commune : .....

4

Tél. domicile : .....  
Tél. portable : .....  
 **AUTORISÉ À PRENDRE L'ENFANT** .....  
 **À APPELER EN CAS D'URGENCE** .....

### DÉPART DE L'ENFANT DE L'ACCUEIL DE LOISIRS

Les enfants de plus de 6 ans peuvent être autorisés à rentrer seuls après les horaires de fonctionnement de l'accueil périscolaire.

NOM-Prénom des enfants <b>AUTORISÉS</b> à rentrer seuls	NOM-Prénom des enfants <b>NON-AUTORISÉS</b> à rentrer seuls
.....	.....
.....	.....
.....	.....

### AUTORISATIONS

- Nous acceptons de recevoir les informations du Service Inscriptions et de l'Accueil de Loisirs par mail.
- Nous autorisons les responsables des Accueils périscolaires de la CCVM à présenter notre(nos) enfant(s) à un médecin en cas d'urgence.
- Nous autorisons gracieusement la publication d'images de notre(nos) enfant(s) sur les supports de communication de la CCVM.
- Nous acceptons que nos données à caractère personnel, que nous venons de renseigner dans ce dossier fassent l'objet d'un traitement.

**Dans tous les cas, nous nous engageons à vous signaler tous changements modifiant les indications mentionnées sur cette fiche. Toute inscription aux activités et/ou temps d'accueil nécessitant un transport par véhicule de la CCVM ou transport collectif vaut autorisation de transport de l'enfant.**

**Toute inscription vaut prise de connaissance et acceptation du règlement intérieur (du Service Inscriptions) de la CCVM.**

Fait à : ..... Le .....

Mention manuscrite «Lu et approuvé» et signature du (des) responsable(s) légal(aux) :

### PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT

**TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ÊTRE PRIS EN COMPTE.**

- Fiche d'inscription datée et signée.
- Photocopie des pages de «vaccinations» du carnet de santé **mentionnant le nom de l'enfant**, (2 pages vaccinations).
- Attestation d'assurance 2022/2023, Responsabilité civile et individuelle accident au nom de l'enfant.

#### CADRE RÉSERVÉ AU SERVICE JEUNESSE

Agent CCVM ayant reçu le dossier : .....

Tampon de la date de dépôt du dossier

**POUR L'INSCRIPTION D'UN ENFANT SUPPLÉMENTAIRE, MERCI DE DEMANDER UN FORMULAIRE AUPRÈS DU SERVICE INSCRIPTIONS DE LA CCVM.**