



DOSSIER D'INSCRIPTION ACM 3-10 ans et 11-15 ans

Période de validité du 1^{er} janvier au 31 décembre 2026

☐ A.C.M 3-10 ans

☐ A.C.M 11-15 ans

[enfance.education@laverpilliere.fr*](mailto:enfance.education@laverpilliere.fr)

*Si envoi du dossier ACM + pièces par mail : **format PDF obligatoire**

☎ 04.26.38.40.20

Pièces obligatoires

- ✓ L'attestation quotient familial ou le dernier avis d'imposition
- ✓ L'assurance de responsabilité civile de l'année en cours au nom de votre enfant
- ✓ La fiche du Projet d'Accueil Individuel (P.A.I, si besoin)
- ✓ Copie de la carte nationale d'identité recto/verso de chaque responsable légal
- ✓ En cas de divorce, merci de joindre la copie du jugement de divorce

Informations concernant l'enfant

Sexe : ☐ F ☐ M

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Responsable légal 1	Responsable légal 2
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Adresse complète : _____ _____ _____ _____	Adresse complète : _____ _____ _____ _____
Téléphone : _____ Email : _____	Téléphone : _____ Email : _____

Personnes à contacter en cas d'urgence (différent des parents)		
Nom et prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant

Personnes autorisées à récupérer l'enfant (différent des parents)		
Nom et prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant

A.C.M 11-15 ans

Je soussigné Madame, Monsieur : _____

Autorise mon enfant à partir seul : ☐ OUI ☐ NON

Si non, merci de compléter le tableau ci-dessus (personnes autorisées à récupérer l'enfant).

Je dégage la responsabilité de l'Accueil Collectif de Mineurs sans hébergement avant et après les heures d'ouverture.

CAF	ASSURANCE
Quotient Familial :	Nom société :
N° allocataire :	N° de contrat :

Régime Alimentaire

Régime avec viande	Régime sans viande	Régime avec viande sans porc
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Repas sans viande et sans poisson	Repas sans porc

Votre enfant a-t-il des allergies alimentaires : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, laquelle ? _____ (**PAI OBLIGATOIRE à joindre au dossier**)

FICHE SANITAIRE 2026

Informations concernant l'enfant

Sexe : ☐ F ☐ M

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant la garde de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Merci de nous indiquer tout changement.

Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

Vaccins obligatoires	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
DT POLIO		Hépatite B	
Ou Tétracoq		ROR	
Méningocoque C		Coqueluche	
		BCG	
		Pneumocoque	
		Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

Renseignements médicaux

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

Aucun médicament ne pourra être pris sans PAI.

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Oreillons	Scarlatine
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coqueluche	Otite	Rougeole	Rhumatisme Articulaire Aigü	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Allergies :

ASTHME	ALIMENTAIRE	MEDICAMENTEUSE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres : _____

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsives, hospitalisation, opération rééducation)
en précisant les dates et les précautions à prendre :

Recommandations utiles des parents :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires,
Précisez :

Observations diverses :

Responsables du mineur :

Responsable légal 1	Responsable légal 2
Nom et Prénom : _____	Nom et Prénom : _____
Numéro domicile : _____	Numéro domicile : _____
Numéro Portable : _____	Numéro Portable : _____
Numéro Travail : _____	Numéro Travail : _____

Je soussigné (e), _____ responsable légal du mineur, déclare
exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à la réactualiser si nécessaire. J'autorise
le responsable de l'A.C.M à prendre, le cas échéant, toutes les mesures nécessaires selon l'état de
santé de ce mineur.

Date :

Signature :

Enregistrement	E047 Ed2 du 15/07/2020
DEMANDE DE DROIT A L'IMAGE DE PERSONNE MINEUR	

Je soussigné,

Parent 1

Parent 2

Tuteur

Nom :

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Prénom :

Déclare être le / les responsable(s) légale / légaux du / des enfant(s) mineur(s) suivant :

Enfant 1

Enfant 2

Enfant 3

Nom :

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Prénom :

Contexte de prise de vue : Sorties, Manifestations, Activités

Support de publication : Bulletin municipal, Site internet, Newsletter, Dauphiné

Libéré, Page Facebook. Valable pour une durée de : Un an scolaire (Du 1^{er} janvier

2025 au 31 décembre 2025)

☐ En conséquence de quoi et conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au droit au nom, **j'autorise la mairie de la ville de** La Verpillière (38 290) à fixer, reproduire et communiquer au public la/les photographie(s) /ou la/les vidéo(s) prise(s) dans le cadre de la présente.

☐ En conséquence de quoi et conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au droit au nom, **je n'autorise pas la mairie de la ville de** La Verpillière (38 290) à fixer, reproduire et communiquer au public la/les photographie(s) /ou la/les vidéo(s) prise(s) dans le cadre de la présente.

La présente autorisation est personnelle et incessible, et ne s'applique qu'au support explicitement mentionné et pourra être révoquée à tout moment en faisant la demande à la mairie de la ville de La Verpillière (38 290) par courrier à l'adresse de l'Hôtel de Ville, Place du Docteur Ogier, La Verpillière, 38 290 ou par e-mail à l'adresse juridique@laverpilliere.fr.

Fait à :

Signature(s)

Le :

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la mairie de la ville de La Verpillière (38 290) pour s'assurer du respect du règlement général de la protection des données. Elles sont conservées pendant **la durée indiquée ci-dessus** et sont destinées à la mairie de la ville de La Verpillière (38 290) conformément à la loi « informatique et libertés de 1978 modifiée et au Règlement Européen (RGPD 2016/679), vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : dpo@capi38.fr



Règlement intérieur de l'A.C.M

***Règlement consultable dans l'onglet « Documents » sur la page
d'accueil du portail familles (avant de vous connecter à votre espace)***

Je soussigné(e) Madame et/ou Monsieur,

Parents de / représentant légal de

Certifie(nt) avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepte(nt) les clauses, sur le temps extrascolaire de la commune de La Verpillière.

Lu et approuvé

Le :/...../.....

Signature du responsable 1 :

Signature du responsable 2 :