

Cadre réservé à l'administration:

FAMILLE:

☐ PORTAIL FAMILLE ACTIVE

QF:

COMMUNE:

AIDE: ☐ SIVOM
FALAISE SUD

☐ MORTEAUX-
COULIBOEUF

☐ FRANCAS

NUMERO ALLOCATAIRE:

REGIME: ☐ GENERAL ☐ MSA

NUMERO D'ASSURANCE MALADIE:

NUMERO D'ASSURANCE:

ENFANTS:

Prénom:

Prénom:

Prénom:

Prénom:

Age:

Age:

Age:

Age:



Dossier famille 2026-2027

Accueil de loisirs Morteaux-Coulibœuf

Enfant(s) à inscrire:

- Nom : _____
- Prénom : _____
- Date de naissance : __ / __ / ____
- Classe: _____

- Nom : _____
- Prénom : _____
- Date de naissance : __ / __ / ____
- Classe: _____

- Nom : _____
- Prénom : _____
- Date de naissance : __ / __ / ____
- Classe: _____

- Nom : _____
- Prénom : _____
- Date de naissance : __ / __ / ____
- Classe: _____

Responsable légal :

Un responsable légal est une personne désignée pour représenter une autre personne: père, mère, tuteur, famille d'accueil ...

Responsable légal:

☐ Mère ☐ Père ☐ Autre: _____

- Nom : _____
- Prénom : _____
- Date de naissance : __ / __ / ____ à _____



Adresse: _____



Téléphone : __ __ __ __ __



Mail: _____

- Autorisée à venir chercher l'enfant: ☐ Oui ☐ Non
- A prévenir en cas d'urgence : ☐ Oui ☐ Non

Responsable légal:

☐ Mère ☐ Père ☐ Autre: _____

- Nom : _____
- Prénom : _____
- Date de naissance : __ / __ / ____ à _____



Adresse: _____



Téléphone : __ __ __ __ __



Mail: _____

- Autorisée à venir chercher l'enfant: ☐ Oui ☐ Non
- A prévenir en cas d'urgence : ☐ Oui ☐ Non

Responsable à facturer: _____

Personnes autorisées :

• Nom : _____

• Prénom : _____



Téléphone : _ _ _ _ _

• Autorisée à venir chercher l'enfant: ☐ Oui ☐ Non

• A prévenir en cas d'urgence : ☐ Oui ☐ Non

• Nom : _____

• Prénom : _____



Téléphone : _ _ _ _ _

• Autorisée à venir chercher l'enfant: ☐ Oui ☐ Non

• A prévenir en cas d'urgence : ☐ Oui ☐ Non

• Nom : _____

• Prénom : _____



Téléphone : _ _ _ _ _

• Autorisée à venir chercher l'enfant: ☐ Oui ☐ Non

• A prévenir en cas d'urgence : ☐ Oui ☐ Non



Si une personne est interdite de contact avec votre enfant :

- Vous devez avertir les responsables de l'Accueil.
- Vous devez fournir obligatoirement le jugement du tribunal.

Autorisations parentales :

Je soussigné(e) _____
autorise mon enfant à :

- Participer à toutes les activités de l'Accueil :
activités manuelles, sorties... ☐ Oui ☐ Non
- Utiliser les moyens de transport proposés
par les Francas : ☐ Oui ☐ Non
- Se baigner ☐ Oui ☐ Non

Droit à l'image :

Le droit à l'image c'est avoir le droit d'utiliser une photo, un son, ou une vidéo sur laquelle vous êtes.

L'association vous demande l'autorisation pour:

- Photographier, filmer ou enregistrer votre enfant : ☐ Oui ☐ Non
- Diffuser les supports :



dans la structure :

☐ Oui ☐ Non



dans les journaux :

☐ Oui ☐ Non



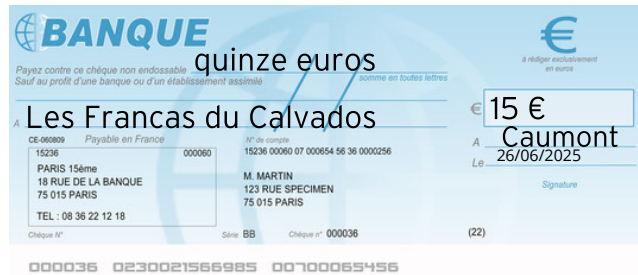
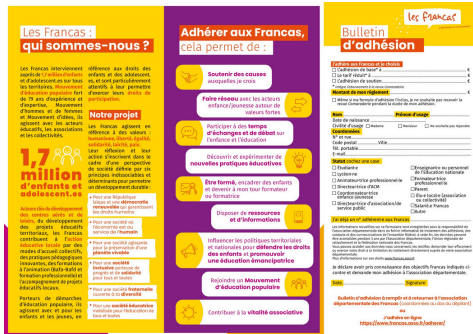
sur les réseaux sociaux et site
internet des Francas :

☐ Oui ☐ Non

Décharges :

- J'autorise mon enfant à rentrer seul ☐ Oui ☐ Non
- En cas d'accident, notamment sur le trajet entre le centre et mon domicile, les Francas ne sont pas responsable.

Documents à fournir :



Règlement de 15 euros pour l'adhésion familiale ☐



Adhésion familiale annuelle ☐

Acompte: versement obligatoire tous les mois ☐
(voir conditions générales de vente)

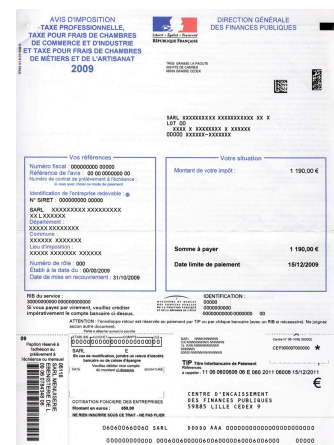
Période : durée entre chaque vacances.



ou



ou



Attestation CAF ☐

Attestation MSA ☐

Dernier avis d'imposition ☐
(si pas d'attestation CAF ou MSA)

Documents à fournir :

Codine réservé à l'administration:

FAMILLE: PORTAL: FAMILLE ACTIVE ☐

COMMUNE: REGIME: ☐ GENERAL ☐ MSA

CF: NUMERO ALLOCATAIRE: NUMERO D'ASSURANCE :

NUMERO SECURITE SOCIALE:

ENFANTS:

Prénoms:	Prénoms:	Prénoms:	Prénoms:
Age:	Age:	Age:	Age:

Dossier famille 2025-2026
Accueil de loisirs Morteaux-Couliboéul

Enfant(s) à inscrire:

- Nom : _____
- Prénom : _____
- Date de naissance : ____ / ____ / ____
- Classe : ____ / ____ / ____

- Nom : _____
- Prénom : _____
- Date de naissance : ____ / ____ / ____
- Classe : ____ / ____ / ____

- Nom : _____
- Prénom : _____
- Date de naissance : ____ / ____ / ____
- Classe : ____ / ____ / ____

**Fiche sanitaire individuelle**
2025-2026

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.

Une copie du carnet de vaccination doit être fourni obligatoirement.

Enfant :

- Nom : _____
- Prénom : _____
- Date de naissance : __/__/____
- Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Responsable légal :

Un responsable légal est une personne désignée pour représenter une autre personne: père, mère, tuteur, famille d'accueil ...

- Nom : _____
- Prénom : _____

 Adresse: _____

 Téléphone : _____

 Téléphone du travail : _____

 Nom du médecin traitant : _____

[illegible]

Dossier d'inscription

Fiche sanitaire ☐

Attestation d'assurance
péri et extra-scolaire ☐

[illegible]

Page 2/2

Numéro de l'assuré : 2 20
Nom de l'assuré :

Attestation de droits à l'assurance maladie

Valable du 02/10/2019 au 01/10/2020 sous réserve de changement dans la situation de l'assuré

organisme de rattachement sécurité sociale	code gestion	n° de sécurité sociale de l'assuré (à utiliser pour tous les bénéficiaires ci-dessous)	modulation du ticket modérateur
01 311 8954	10	2 1	
Bénéficiaire(s) nom de famille suivi d'un éventuel nom d'usage		n° de sécurité sociale du bénéficiaire (ou information)	se(s) suivant
		2 2 01	07A 6 1

Toute attestation de droits antérieure est à détruire

Carte de mutuelle ☐

Si vous êtes concerné :



Votre contact : Jean Latour
 00 00 00 00 00
 latour@MDPH.fr

Marie Dupont
 14 avenue Paul Doumer
 00000 VILLE

■ Votre numéro de dossier : 1234567890

■ Date de naissance : 01/01/1950

■ Identifiant (NIR) : XXXX

Les étapes de votre demande :

Réception
de votre demande

→

Evaluation
de votre demande

→

Décision

Notification de décision suite à la demande pour Marie Dupont

Madame,

Nous vous écrivons suite à votre demande déposée le 12 juin 2017.

Vous avez reçu un plan personnalisé de compensation (PPC) rédigé par l'équipe pluridisciplinaire en charge de l'évaluation de la demande.

La Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) a examiné votre demande et votre PPC et a rendu sa décision le 12 juin 2017.

La CDAPH vous accorde 1 AAH qui est valable du 12 juin 2017 au 12 juin 2019.

[illegible]Attestation de sécurité sociale ☐

Notification de prise en charge MDPH ☐

Attestation AEEH ☐

Justificatif de
bourse ou de prise
en charge ☐

Attestations sur l'honneur :

- J'atteste que les informations sont correctes :
- J'atteste avoir pris connaissance des conditions générales et m'engage à les respecter

Le / /

Signature :

☐ **Oui** ☐ **Non**☐ **Oui** ☐ **Non**

Contacts :

- **Siège : Les Francas du Calvados**



Adresse: 320 Le Val
14 200 Hérouville-Saint-Clair



Téléphone : 02 31 47 61 61



Mail: contact@francas-calvados.fr



Ouvert du lundi au vendredi
de 9:30 à 12:30 et de 13:30 à 17:00

- **Les Francas à Morteaux-Couliboëuf**



Adresse: Locaux de la garderie école de Morteaux
Le Bourg - 14 620 Morteaux-Couliboëuf



Téléphone : 07 87 08 77 24



Mail: morteaux@francas-calvados.fr



Accueil de Loisirs ouvert les mercredis et les vacances scolaires de
7h30 à 18h15

L'équipe de Morteaux-Couliboëuf :



Pauline

Animatrice



Aneta

Directrice du Centre

Infos pratiques :



Portail famille
des Francas

Inscription mercredis et vacances



Site internet des
Francas du Calvados



Page facebook des
Francas de Morteaux-
Couliboëuf

Nos partenaires :





Fiche sanitaire individuelle 2026-2027

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.

Une copie du carnet de vaccination doit être fourni obligatoirement.

Enfant :

- Nom : _____
- Prénom : _____
- Date de naissance : __ / __ / ____
- Sexe: ☐ Masculin ☐ Féminin

Responsable légal :

Un responsable légal est une personne désignée pour représenter une autre personne: père, mère, tuteur, famille d'accueil ...

- Nom : _____
- Prénom : _____

 Adresse: _____

 Téléphone : ____ _

 Téléphone du travail : ____ _



Nom du médecin traitant : _____

Vaccinations :

Vaccin obligatoire

- DT polio ☐ Oui ☐ Non Date du dernier rappel : _____

Vaccins obligatoires pour les enfants nés à partir de 2018

- Haemophilus ☐ Oui ☐ Non Date du dernier rappel : _____
influenzae de type B
- Hépatite B ☐ Oui ☐ Non Date du dernier rappel : _____
- Pneumocoque: ☐ Oui ☐ Non Date du dernier rappel : _____
- Coqueluche ☐ Oui ☐ Non Date du dernier rappel : _____
- Rougeole,
oreillons et ☐ Oui ☐ Non Date du dernier rappel : _____
rubéole
- Meningocoque C ☐ Oui ☐ Non Date du dernier rappel : _____



Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

Renseignements médicaux :

Votre enfant a-t-il déjà eu ses maladies ?

- Rubéole ☐ Oui ☐ Non
- Varicelle ☐ Oui ☐ Non
- Scarlatine ☐ Oui ☐ Non
- Coqueluche ☐ Oui ☐ Non
- Oreillons ☐ Oui ☐ Non
- Rhumatisme articulaire aigu ☐ Oui ☐ Non

Repas :

Votre enfant a-t-il des allergies alimentaires ?

☐ Oui ☐ Non

Lesquelles ?

Votre enfant mange t'il ?

☐ Sans porc

☐ Sans viande

☐ Autres: _____

Allergies :

Votre enfant fait-il des allergies à des médicaments ?

☐ Oui ☐ Non

Merci de préciser à quel(s) médicament(s) ?

Votre enfant a-t-il d'autres allergies ?

☐ Oui ☐ Non

Merci de les préciser:

Projet d'Accueil Individualisé:

Projet d'Accueil Individualisé : c'est un document qui décrit la manière d'accueillir l'enfant par rapport à ses troubles de la santé (allergie, asthme ...)

Ce document est à fournir obligatoirement .

Votre enfant a-t-il un Projet d'Accueil Individualisé ?

☐ Oui ☐ Non

Précisez pour quelle(s) raison(s):

Informations utiles:

Votre enfant a-t-il des difficultés de santé ?

☐ Oui ☐ Non

Quelles sont ces difficultés ?

Votre enfant porte:

☐ des lunettes

☐ des appareils auditifs

☐ un appareil dentaire

☐ Autres: _____

Handicap :

Votre enfant est-il porteur d'un handicap ?

☐ Oui ☐ Non

Merci de préciser lequel: _____



Est-il reconnu par la Maison
Départementale des personnes
handicapées ?

☐ Oui ☐ Non ☐ En attente

Bénéficie t'il de l'AEEH ?

☐ Oui ☐ Non ☐ En attente

AEEH: Allocation d'éducation de l'enfant handicapé

Ce document est à fournir obligatoirement .

Attestations sur l'honneur :

Je soussigné(e) _____

- atteste que les informations sont correctes
- Autorise le responsable de l'Accueil de Loisirs, le cas échéant, à prendre toutes les mesures en cas d'urgence (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale)

☐ Oui ☐ Non

Le : __ / __ / ____

Signature: _____