

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS « VIENS » 2025/26

A remettre au directeur par mail à [clemados@gmail.com](mailto:clemados@gmail.com) avant les vacances



Laizé  
Senozan

Adhésion obligatoire de 15 euros de  
Septembre 2025 à Août 2026  
A régler après réception de la facture

## COORDONNEES DE L'ENFANT

|                             |                                  |                                   |
|-----------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| Nom - Prénom                | Tél. portable :                  |                                   |
| Adresse                     | Snap:                            |                                   |
| CP + Ville                  | Insta :                          |                                   |
| Né(e) le / / à :            | Fille : <input type="checkbox"/> | Garçon : <input type="checkbox"/> |
| Scolarité : Etablissement : | Classe :                         |                                   |

## COORDONNEES DES REPRESENTANTS

### MERE

### PERE

|               |  |  |
|---------------|--|--|
| Nom - Prénom  |  |  |
| Adresse       |  |  |
| Tél. domicile |  |  |
| Tél. bureau   |  |  |
| Tél. portable |  |  |
| Mail*         |  |  |

\*Les factures seront prioritairement envoyées par mail, merci de renseigner cet espace si vous possédez une adresse mail.

Percevez-vous les prestations familiales de la CAF ou de la MSA ?

N° CAF ou M.S.A\* : \_\_\_\_\_ bénéficiaire CMU ☐ (fournir la photocopie)

Assurance individuelle: \_\_\_\_\_

\* Rayer la mention inutile

## Autres personnes à contacter en cas d'urgence

|                        |      |
|------------------------|------|
| Nom - Prénom / adresse | Tél. |
| Nom - Prénom / adresse | Tél. |

## ACTIVITES CONTRE-INDIQUEES POUR RAISONS MEDICALES et ALLERGIES

## AUTRES INDICATIONS

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

### VACCINS

### VACCINS

|              |  |                  |  |
|--------------|--|------------------|--|
| Diphtérie    |  | Hépatite B       |  |
| Tétanos      |  | R-O-R            |  |
| Poliomyélite |  | Coqueluche       |  |
| DT Polio     |  | Autre (préciser) |  |
| Tétracoq     |  |                  |  |
| BCG          |  |                  |  |

J'autorise la Communauté de Communes « Mâconnais - Tournugeois », Le CLEM,  
les communes de Senozan, Laizé à : (rayer les mentions si nécessaire)

- Communiquer mes coordonnées (adresse et téléphone uniquement) pour organiser des solutions de covoiturage.
- Enregistrer et diffuser des supports vidéo et photographiques de mon enfant pour ses opérations de communication.
- Laisser mon enfant arriver et quitter les lieux d'activités aux horaires de son choix.
- Utiliser le transport (minibus, bus) mis en place par le CLEM.
- Prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'accident.

Cette autorisation sera valable pour toutes les activités 2025/26 auxquelles votre enfant participera sauf avis contraire de votre part.

Adresse CLEM : 71 rue Jean Macé 71000 MACON  
N° CLEM : 03 85 21 98 88  
N° Directeur « Viens » : 06 71 42 58 64  
Mail : [clemados@gmail.com](mailto:clemados@gmail.com)

Je soussigné, certifie exactes, les informations ci-dessus et  
autorise l'enfant susnommé à participer aux activités.  
Fait le  
à :

Nom - Prénom et Signature

