

INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS

DU LUNDI 19 OCTOBRE AU VENDREDI 30 OCTOBRE 2026

Ouverture des inscriptions le Mercredi 29 septembre 2026

Inscription à la Maison d'Activités pour la Jeunesse (MAJ)

170 rue Henri DILLIES - 03 20 97 13 47

Les mardis, mercredis et vendredis de 8h30 à 12h et de 13h30 à 17h30

Les lundis et jeudis de 8h30 à 12h

ou via votre espace famille

Nom : _____ Adresse : _____
Prénom : _____ Ville : _____
Age : _____ Né(e) le : ____ / ____ / ____ Tél (domicile) : _____
École fréquentée : _____ Tél (travail) : _____
Nom du responsable légal : _____ E-mail : _____
Prénom : _____ N° allocataire CAF du nord : _____

si pas de numéro d'allocataire : fournir une copie de la feuille d'imposition 2025

ACCUEIL DE LOISIRS FRÉQUENTÉ

École maternelle (2-6 ans) Mozart La Bruyère École primaire (6-12 ans) G. Sand A. France
Adolescent (11-17 ans) MAJ (uniquement l'après-midi de 13h30 à 17h30) → J'autorise mon enfant à sortir seul à 17h30

DROIT À L'IMAGE

J'autorise la mairie de Faches-Thumesnil à reproduire, publier et communiquer au public les photographies prises dans le cadre des ALSH pour le journal municipal, affiches et documents municipaux, portail internet de la ville. Oui Non

PIÈCE À FOURNIR

Si vous avez déjà fourni votre Dossier Administratif 2026-2027 dûment rempli, seule la fiche d'inscription est à déposer.
Le dossier Administratif est à remettre obligatoirement avant toute inscription.
Pour toute inscription, merci de vous assurer que l'attestation d'assurance extra-scolaire de votre enfant est valide pour la période d'inscription.

⚠ Les familles qui ne fourniront pas les bons documents ou incomplets seront facturés au tarif maximun et ce sans rétroactivité.

DATE LIMITE D'INSCRIPTION, MODIFICATION OU ANNULATION (dans la limite des places disponibles) :

Mardi 13 octobre 2026 pour la semaine du 19 au 23 octobre

Mardi 20 octobre pour la semaine du 26 au 30 octobre

	DU LUNDI 19 OCTOBRE AU VENDREDI 23 OCTOBRE					DU LUNDI 26 OCTOBRE AU VENDREDI 30 OCTOBRE				
Garderie matin 7h30/9h	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin 9h / 12h										
Repas du midi										
Après-midi 13h30 / 17h										
Garderie soir 17h / 18h30	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi

REPAS : Sans recommandation Végétarien Sans porc PAI

Je soussigné (e), M(me) _____, certifie avoir pris connaissance du règlement des A.L.S.H. disponible à la Maison d'Activités pour la Jeunesse ou sur www.ville-fachesthumesnil.fr

⚠ Remplir obligatoirement la fiche sanitaire de liaison au verso du document.

Date :

Signature :

⚠ Chaque case cochée sera facturée **sauf sur présentation d'un certificat médical remis à la Maison d'Activités pour la Jeunesse dans les 72 heures** (1 jour de carence sera appliqué)



Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au service informatique, Hôtel de ville, 50 rue Jean Jaurès, 59155 Faches-Thumesnil.

Avec le soutien financier de la CAF de Lille

FACHES-THUMESNIL





FACHES-THUMESNIL

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT (obligatoire)

Nom : _____ Prénom : _____ Né(e) le : / / Sexe : M F

RESPONSABLE DU MINEUR :

Nom et prénom du responsable N°1 de l'enfant :

Nom et prénom du responsable N°2 de l'enfant :

Numéros de téléphone en cas d'urgence (fixe et portable)

☎ 1 :

☎ 2 :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT SA SANTÉ

L'enfant ou adolescent a-t-il un problème de santé

Oui Non

L'enfant ou adolescent suit-il un traitement médical durant sa présence à l'accueil de loisirs ou durant le séjour?

Oui Non

si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec la notice.) Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance

L'enfant ou adolescent est-il allergique?

Oui Non

Si oui à quoi: (alimentaire*, médicamenteuse, insectes, soleil, maquillage...)

*En cas d'allergie alimentaire avérée, fournir le Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAI)

Vaccins: Fournir la copie des pages de vaccination du carnet de santé

RENSEIGNEMENTS UTILES CONCERNANT L'ENFANT

Repas de l'enfant:

sans recommandation

végétarien

sans porc

Votre enfant ou adolescent porte-il des lunettes, lentilles, diabolos, prothèses auditives, appareil dentaire, etc....

AUTORISATIONS

- J'autorise mon enfant/adolescent à participer aux activités proposées physiques et sportives

Oui Non

- J'autorise mon enfant/adolescent à participer aux baignades surveillées

Oui Non

- J'autorise mon enfant/adolescent à être transporté dans le véhicule de service de la Ville (7 places) trajet court et occasionnel.

Oui Non

- J'autorise mon enfant/adolescent à utiliser les transports bus de ville ou car de location pour les journées d'excursion

Oui Non

- J'autorise mon enfant à quitter l'accueil de loisirs seul à l'horaire de fermeture 17h

Oui Non

- J'autorise mon adolescent à quitter l'accueil de loisirs seul à l'horaire de fermeture

17h30 (horaire hiver) Oui Non

17h (horaire été) Oui Non

- J'autorise la Mairie de Faches Thumesnil à reproduire, publier et communiquer au public les photographies prises dans le cadre des accueils de loisirs et séjours pour le journal municipal, affiches et documents municipaux, portail internet de la Ville.

Oui Non

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT/ADOLESCENT AUTRES QUE LES RESPONSABLES DU MINEUR

Nom et prénom :

Lien avec l'enfant/adolescent :

☎ :

Nom et prénom :

Lien avec l'enfant/adolescent :

☎ :

Je soussigné (e), M(me) _____, certifie avoir pris connaissance du règlement des A.L.S.H. disponible à la Maison d'Activités pour la Jeunesse ou sur www.ville-fachesthumesnil.fr et déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date : / /

Signature :

- ☐ J'accepte que la mairie de Faches-Thumesnil recueille mes données et qu'elles soient transmises aux autres services municipaux.
Si je ne coche pas, mon inscription ne pourra pas être traitée.