

RESPONSABLES DE L'ENFANT

| | |
|---|---|
| Père : (Nom et prénom) | Mère : (Nom et prénom) |
| Téléphone portable : | Téléphone portable : |
| N° Sécu. Sociale : (ou autre assurance, précifiez) | N° Sécu. Sociale : (ou autre assurance, précifiez) |
| Profession : | Profession : |
| Employeur : (Adresse complète) | Employeur : (Adresse complète) |
| Tel professionnel : | Tel professionnel : |

L'inscription au centre de loisirs implique pour chacun, l'engagement de participer à la vie collective, aux services et activités prévus au programme.

Je soussigné(e), père, mère, tuteur (*Mettre une croix dans les cases*)

- Déclare avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement du centre ainsi que les modalités de paiement de l'accueil et séjours
- Déclare accepter de respecter les horaires de fermeture du centre (**max 18h30**)
- Déclare avoir compris que toute inscription parvenue hors délai sera traitée en fonction des possibilités du service
- Déclare avoir pris connaissance des modalités de remboursement en cas de maladie :
 - L'absence pour maladie peut-être déduite du coût du centre sous réserve d'adresser un certificat médical 48h au plus tard après le ou les jours d'absences et sera traitée dans un délai d'un mois suivant la fin d'activité soit à compter de septembre.
- Autorise le centre à prendre des photos de moi-même ou de mon enfant pendant un temps d'animation et à les diffuser gratuitement dans les journaux locaux, panneaux d'affichage, blog et facebook du CSCl.
- Autorise les responsables à présenter mon enfant à un médecin en cas de soins à donner d'urgence et si nécessaire sous anesthésie. Nous nous engageons à rembourser au centre les avances des frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

Fait à : _____ le :

Signature précédée de
la mention « lu et approuvé » :

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

DATE DE RÉCEPTION DU DOSSIER :

N° ORDRE :

LISTE D'ATTENTE : OUI NON

INFORMATION À LA FAMILLE (RÉSERVATION NON RETENUE)

ACCUEIL TEL, LE



FICHE D'INSCRIPTION

Enfant :
(Nom et prénom)

Date de naissance : Âge :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone :
(du domicile du ou des parents)

Mail :

N° CAF :

Coefficient CAF :

Liste des documents à fournir pour la constitution du dossier :

ATTENTION : TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS TRAITÉ

- Attestation de responsabilité civile
- Photocopie du carnet de vaccination
- Feuille Aide au Temps Libre 2016 (feuille verte) ou dernier avis d'imposition
- Fiche sanitaire REMPLIE et SIGNÉE (à l'intérieur)

Votre enfant ira au Centre de loisirs :

| | Périodes | Avec repas | Sans repas |
|---------|------------------------------------|------------|------------|
| JUILLET | du jeudi 07 au vendredi 08 juillet | | |
| | du lundi 11 au vendredi 15 juillet | | |
| | du lundi 18 au vendredi 22 juillet | | |
| | du lundi 25 au vendredi 29 juillet | | |
| | Colonie (du 7 au 21 juillet) | | |
| AOÛT | du lundi 1er au vendredi 5 août | | |
| | du lundi 8 au vendredi 12 août | | |
| | du mardi 16 au vendredi 19 août | | |
| | Du lundi 22 au vendredi 26 août | | |

Navette bus (prestation gratuite) pour Aire-sur-la-Lys et les hameaux

Votre enfant utilisera-t-il le service de ramassage ?

OUI NON Si oui, MATIN SOIR

A partir de quel lieu ?

Garderie (prestation gratuite)

Votre enfant utilisera-t-il le service de garderie ? (dès 7h30 et jusque 18h30)

OUI NON Si oui, MATIN SOIR

Heure d'arrivée le matin? Heure de départ le soir?

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir les informations médicales utiles pendant le Centre de loisirs
Elle évite de vous démunir du carnet de santé de l'enfant

1- ENFANT

NOM : PRÉNOM :
SEXE : FILLE GARÇON DATE DE NAISSANCE :

2- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

| RUBÉOLE | | VARICELLE | | ANGINES | | RHUMATISMES | | SCARLATINE | |
|------------|-----|-----------|-----|----------|-----|-------------|-----|------------|-----|
| NON | OUI | NON | OUI | NON | OUI | NON | OUI | NON | OUI |
| COQUELUCHE | | OTITES | | HÉPATITE | | ROUGEOLE | | OREILLONS | |
| NON | OUI | NON | OUI | NON | OUI | NON | OUI | NON | OUI |

ALLERGIES

ASTHME : OUI NON MÉDICAMENTEUSE : OUI NON

ALIMENTAIRE : OUI NON Autre :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Difficultés de santé à signaler :

TRAITEMENT MÉDICAL

L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT MÉDICAL? OUI NON

Si oui, joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

L'ENFANT PORTE-T-IL DES LUNETTES, DES LENTILLES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, AUTRE :

Précisez :

VOTRE ENFANT SAIT NAGER : OUI NON

(NB : Les enfants autorisés à se baigner doivent être vaccinés contre la poliomyélite)

4-PRISE EN CHARGE PARTICULIÈRE

VOTRE ENFANT DOIT-IL BÉNÉFICIER D'UNE PRISE EN CHARGE PARTICULIÈRE?

OUI NON

Si oui, n'hésitez pas à demander un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) à l'accueil du CSCI.
Ce document doit être complété et signé par votre médecin.

5-RESPONSABLE DE L'ENFANT PENDANT LE CENTRE DE LOISIRS

NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :
TÉLÉPHONE (FIXE ET PORTABLE) : TEL. TRAVAIL :
NOM ET TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT :
HOPITAL EN CAS D'URGENCE (si possible) : TEL :
EN CAS D'URGENCE ET SI JE NE SUIS PAS JOIGNABLE, JOINDRE :
M. Mme..... TEL :

Je soussigné(e) responsable de l'enfant
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du Centre de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant
Fait à le Signature

AUTORISATION PARENTALE

Départ de l'enfant : Mon enfant de plus de 8 ans repart seul
(plusieurs choix possibles) Je viens chercher mon enfant
 Une tierce personne vient chercher mon enfant

Personnes autorisées à récupérer l'enfant :

Nom : Prénom : tel :

Nom : Prénom : tel :

Nom : Prénom : tel :

Sortie des enfants de moins de 8 ans

Nous autorisons notre enfant à rentrer à la maison, après le fonctionnement du centre, que s'il est accompagné de toute autre personne pour laquelle nous nous engageons à faire connaître l'identité auparavant à l'équipe d'animation. Le centre se réserve le droit de demander une pièce d'identité à toute personne venant chercher l'enfant.

Y-a-t-il une personne interdite de visite ? OUI NON

Si oui, nom : prénom :

Merci de joindre la copie de décision de justice

CERTIFICAT MÉDICAL

UNIQUEMENT POUR LA COLONIE (à faire remplir par votre médecin traitant)

Je soussigné Docteur certifie que l'enfant est apte et ne bénéficie pas de contre-indication à la pratique d'activités physiques et sportives notamment pour la découverte de la plongée et la pratique d'activités sportives

Signature et cachet du médecin traitant