



DOSSIER INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS

Petites Grandes Vacances

L'ENFANT	NOM :	Prénom :	Sexe : M - F
	Date de naissance	Classe :	

Enfant habitant ST HILAIRE Enfant scolarisé à ST HILAIRE Aucun des Deux (Extérieur)

RESPONSABLE DE L'ENFANT AU MOMENT DE L'ACCUEIL DE LOISIRS

PERE MERE FAMILLE D'ACCUEIL GRANDS PARENTS AUTRES

Nom :	Prénom :
-------------	----------------

Adresse

Téléphone

Mail (Toutes les informations passent par le Mail) :
--

N° DE CAF (OBLIGATOIRE) :	COEFFICIENT CAF :
N° DE SECURITE SOCIALE :	

CONTACTS AUTORISES A RECUPERER MON ENFANT

Nom :	Prénom :
-------------	----------------

Téléphone

Nom :	Prénom :
-------------	----------------

Téléphone

PRELEVEMENT AUTOMATIQUE : Oui - Non

En cas de réponse positive, remplir une autorisation de prélèvement + RIB-RIP si vous avez changé de compte ou si vous n'avez jamais opté pour le prélèvement.

ALSH ETE : Participera au camping (A partir de CM2)

Inscription : Semaine 1 Semaine 2 Semaine 3 Semaine 4 (certaines années)

L'INSCRIPTION sera prise en compte si le dossier contient les pièces demandées

Photocopie Vaccinations

Attestation CAF (Si coefficient inférieur à 801€)

Assurance responsabilité civile.

ACCUEIL DE LOISIRS (AL)	OUI	NON	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	J'ai pris connaissance du règlement intérieur pour l'Accueil de Loisirs.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Je reconnais que les responsables de l'Accueil de Loisirs se réservent le droit d'un renvoi temporaire ou définitif d'un enfant dont le comportement nuit à la qualité et sécurité de l'encadrement proposé, les frais engagés restant alors à la charge de la famille.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mon enfant sait nager.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mon enfant fait la sieste. (Maternelle)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	J'autorise : mon enfant à participer à toutes les activités dans le programme (sauf soucis médical) ; et son transport sur les lieux d'activités par les moyens en place (Bus).
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	J'autorise mon enfant à rentrer seul après l'Accueil de Loisirs.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	J'autorise la publication de photos de mon enfant sur tout support de communication (presse, bulletin municipal, site internet)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mon enfant est assuré en responsabilité civile et individuelle	

AL PETITES VACANCES ACCUEIL PERISCOLAIRE 07H30 - 09H00 17H00 - 17H30	Accueil Péri-scolaire	Lundi <input type="checkbox"/> Matin (Heure d'arrivée :) <input type="checkbox"/> Soir Mardi <input type="checkbox"/> Matin (Heure d'arrivée :) <input type="checkbox"/> Soir Mercredi <input type="checkbox"/> Matin (Heure d'arrivée :) <input type="checkbox"/> Soir Jeudi <input type="checkbox"/> Matin (Heure d'arrivée :) <input type="checkbox"/> Soir Vendredi <input type="checkbox"/> Matin (Heure d'arrivée :) <input type="checkbox"/> Soir
---	-----------------------	--

TARIF A LA SEMAINE DE 5 JOURS A 8 HEURES/JOUR REPAS INCLUS		
QF	ENFTS DE ST HILAIRE ET ENFTS EXT SCOLARISES A ST HILAIRE	ENFTS EXTERIEURS
0 A 369	10,00	12,50
370 A 499	24,84	24,84
500 A 700	33,12	33,12
701 A 800	48,30	117,30
801 ET PLUS	48,30	117,30

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication. Attention, le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

L'enfant suit-il un **TRAITEMENT MEDICAL** pendant le séjour ? Oui Non
Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				

ALLERGIES : ASTHME Oui Non MEDICAMENTEUSES Oui Non
ALIMENTAIRES Oui Non **AUTRES :**

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (Si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRES :

Les **DIFFICULTES DE SANTE** (Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE**.

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES ECTPRECISEZ)

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? Oui Non Occasionnellement

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE REGLEE ? Oui Non

Si la présente fiche n'est pas complétée entièrement, l'inscription ne sera pas prise en compte.

Je soussigné(e), Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Fait à SAINT HILAIRE LEZ CAMBRAI, le
Signature