



LES ACCUEILS DE LOISIRS 3 - 11 ans

Mercredis Récréatifs et Vacances Scolaires de Septembre à Décembre 2018

école Albert Camus

école Jules Ferry

école Buffon

Mon ou mes enfants iront en Garderie : à l'école Camus ou l'école Jules Ferry

le matin de 8h00 à 9h00 le soir de 17h00 à 18h00

NOM de l'enfant	Prénom de l'enfant	Date de naissance	Établissement scolaire
		___/___/___	
		___/___/___	
		___/___/___	
		___/___/___	
		___/___/___	
		___/___/___	

Père <input type="checkbox"/>	Tuteur <input type="checkbox"/>	Mère <input type="checkbox"/>	Tutrice <input type="checkbox"/>
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Date de naissance :		Date de naissance :	
Adresse :		Adresse :	
Tél domicile:.....		Tél domicile:.....	
Portable :		Portable :	
Situation familiale :		Situation familiale :	
Profession :		Profession :	
Employeur :		Employeur :	
N° allocataire CAF :		N° allocataire CAF :	
N° Sécurité Sociale :		N° Sécurité Sociale :	
Adresse email :		Adresse email :	

Pour toute réclamation concernant le fonctionnement du centre de loisirs, vous devez adresser un courrier à Monsieur le Directeur du Centre Social.

Seules les absences justifiées par un certificat médical remis dans les 48 heures feront l'objet d'un avoir.

(Mettre une croix dans la ou les périodes pour valider la présence de votre ou vos enfants)



13 Mercredis	12 septembre au 19 décembre 2018 (paiement avant le 27 août)	
9 jours Vacances de la Toussaint	22 octobre au 2 novembre 2018 (paiement avant le 24 septembre)	
4 jours Vacances de Noël	31 décembre 2018 au 4 janvier 2019 (paiement avant le 28 novembre)	
Nature du repas : <input type="checkbox"/> Classique <input type="checkbox"/> Classique Sans Porc <input type="checkbox"/> Végétarien		

Tarifification des Accueils de Loisirs à la journée

Quotient familial	0 à 369 €	370 à 499 €	500 à 600 €	601 à 700 €	701 à 800 €	801 et +
Journée de 8heures avec repas	1. 60 €	2 €	2.40 €	2.80 €	3.20 €	4.00 €

La responsabilité du Centre Social de l'Hommelet n'est engagée que pendant les horaires d'accueil de loisirs de **9H00 à 12H00** et de **14H00 à 17H00** et pendant les horaires de garderie et de restauration.

Je soussigné(e) M..... autorise le Directeur de l'accueil de Loisirs, à prendre, le cas échéant, toute mesure rendue nécessaire par l'état de l'enfant.

Date :

Signature du chef de famille :

**Inscriptions : Au siège du Centre Social : 205 Grande Rue
Lundi de 9h30 à 11h00 ou Mercredi de 9h30 à 10h45**

**RAPPEL : Le nombre de places étant limité par site d'accueil
Pour valider votre inscription, le paiement doit être effectué un mois avant chaque période par chèque ou espèces uniquement.**

Documents obligatoires à fournir lors de l'inscription :

- Un **certificat médical** attestant que l'enfant est à jour de ses vaccinations et apte à la vie en collectivité pour les enfants de 3 à 11 ans.
- Une **attestation CAF** récente de votre quotient familial
- Une **attestation d'assurance** « responsabilité civile ou extrascolaire » au nom de l'enfant ou du responsable légal
- Une **attestation d'employeur** pour l'accueil en Garderie
- Le présent **dossier** rempli et signé,

AUTORISATION PARENTALE POUR TOUS LES ENFANTS DE LA FAMILLE

Je soussigné(e) responsable légal des enfants autorise le responsable de l'accueil de loisirs à laisser partir mon enfant avec les personnes ci-dessous :

Mr ou Mme (Nom Prénom) :

Mr ou Mme (Nom Prénom) :

Mr ou Mme (Nom Prénom) :

Attention : L'enfant ne sera remis à aucune autre personne que celles dont les noms figurent ci-dessus et **aucun enfant ne sera remis à une personne âgée de moins de 15 ans.**

J'ai bien pris note, qu'une fois en dehors de l'accueil de loisirs, mon enfant n'est plus sous la responsabilité du directeur et qu'il ne sera accompagné ni à l'aller ni au retour, par le personnel du centre.

J'autorise mon enfant à pratiquer les activités sportives: Oui Non

J'autorise mon enfant à participer aux activités baignades : Oui Non

J'autorise également mon enfant à utiliser les transports organisés par le Centre Social de l'Hommelet, dans le cadre des sorties. Oui Non

J'autorise les animateurs à photographier ou filmer mon enfant dans le cadre des activités du centre et de pouvoir utiliser le support sur promotion de la structure accueillante. Oui Non

Numéro de téléphone en cas d'urgence : nous pouvons être joints :

Domicile : **Portable** :

Si nous ne sommes pas joignables, il importe de prévenir les personnes suivantes :

1. Mr ou Mme..... tél :

2. Mr ou Mme tél :

Si cela est possible, je souhaite que mon enfant soit vu par :

Le docteur :, Commune :

L'hôpital/ la clinique :

Lu et approuvé, le.....

Signature du responsable légal de l'enfant :

Cette autorisation est valable un an sauf dénonciation par la signature d'un autre exemplaire.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

<p>1 – ENFANT Nom : Prénom :</p> <p>2 - <u>VACCINATIONS</u> (Joindre obligatoirement à la fiche sanitaire les copies des vaccinations et le certificat médical)</p> <p>3 - <u>ALLERGIES :</u> ASTHME oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> MÉDICAMENTEUSES oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ALIMENTAIRES oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> AUTRES.....</p> <p>4 - PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler) </p> <p>5 - INDIQUEZ CI-APRÈS : LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE. </p> <p>6 - <u>RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS</u> - VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ. </p>	<p>1 – ENFANT Nom : Prénom :</p> <p>2 - <u>VACCINATIONS</u> (Joindre obligatoirement à la fiche sanitaire les copies des vaccinations et le certificat médical)</p> <p>3 - <u>ALLERGIES :</u> ASTHME oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> MÉDICAMENTEUSES oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ALIMENTAIRES oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> AUTRES.....</p> <p>4 - PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler) </p> <p>5 - INDIQUEZ CI-APRÈS : LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE. </p> <p>6 - <u>RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS</u> - VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ. </p>
<p>1 – ENFANT Nom : Prénom :</p> <p>2 - <u>VACCINATIONS</u> (Joindre obligatoirement à la fiche sanitaire les copies des vaccinations et le certificat médical)</p> <p>3 - <u>ALLERGIES :</u> ASTHME oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> MÉDICAMENTEUSES oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ALIMENTAIRES oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> AUTRES.....</p> <p>4 - PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler) </p> <p>5 - INDIQUEZ CI-APRÈS : LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE. </p> <p>6 - <u>RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS</u> - VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ. </p>	<p>1 – ENFANT Nom : Prénom :</p> <p>2 - <u>VACCINATIONS</u> (Joindre obligatoirement à la fiche sanitaire les copies des vaccinations et le certificat médical)</p> <p>3 - <u>ALLERGIES :</u> ASTHME oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> MÉDICAMENTEUSES oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ALIMENTAIRES oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> AUTRES.....</p> <p>4 - PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler) </p> <p>5 - INDIQUEZ CI-APRÈS : LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE. </p> <p>6 - <u>RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS</u> - VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ. </p>
<p>1 – ENFANT Nom : Prénom :</p> <p>2 - <u>VACCINATIONS</u> (Joindre obligatoirement à la fiche sanitaire les copies des vaccinations et le certificat médical)</p> <p>3 - <u>ALLERGIES :</u> ASTHME oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> MÉDICAMENTEUSES oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ALIMENTAIRES oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> AUTRES.....</p> <p>4 - PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler) </p> <p>5 - INDIQUEZ CI-APRÈS : LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE. </p> <p>6 - <u>RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS</u> - VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ. </p>	<p>1 – ENFANT Nom : Prénom :</p> <p>2 - <u>VACCINATIONS</u> (Joindre obligatoirement à la fiche sanitaire les copies des vaccinations et le certificat médical)</p> <p>3 - <u>ALLERGIES :</u> ASTHME oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> MÉDICAMENTEUSES oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ALIMENTAIRES oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> AUTRES.....</p> <p>4 - PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler) </p> <p>5 - INDIQUEZ CI-APRÈS : LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE. </p> <p>6 - <u>RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS</u> - VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ. </p>

Je soussigné responsable légal des enfants, 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.

Date : Signature du responsable légal des enfants :