



Dossier d'inscription famille

LE SEJOUR CHATEL 2017

Du 10 Juillet au 29 Juillet 2017 (20 jours)

A remplir par le responsable légal de l'enfant

NOM de Famille : Prénoms du Père et de la Mère :

Adresse :

N° Sécurité sociale :

Personnes à prévenir en cas d'urgence Nom + N° de Tél. :

NOM de l'enfant : Prénom de l'enfant : Date de naissance : ____/____/____

Vous devez impérativement joindre les documents ci-dessous :

- Une attestation récente de votre quotient familial 2015
- Le certificat médical de bonne santé, l'autorisant à participer au séjour et à pratiquer des activités physiques et sportives et à jour de vaccinations ci-joint.
- Les aides possibles de financement - Les aides aux vacances enfants – les aides de comités d'entreprises...
Toute inscription n'est valable qu'accompagnée du dossier complet d'inscription et de son règlement.

Je soussigné (e) M autorise le responsable du séjour de CHATEL du centre social de l'Hommelet, à prendre, le cas échéant, toute mesure rendue nécessaire par l'état de l'enfant et déclare avoir pris connaissance des modalités d'inscription.

- autoriser mon enfant à participer à toutes les activités du séjour.
- m'engager à payer la part des frais des activités incombant à la famille, les frais médicaux, les frais d'hospitalisation et d'opérations éventuels.
- dans le cadre des activités, votre enfant est susceptible d'être photographié ou filmé. Si vous ne souhaitez pas que votre enfant soit photographié, veuillez, s'il vous plaît, le signaler par lettre à la direction.

Date et signature du responsable légal de l'enfant	N° Allocataire CAF	Quotient Familial
.....

Cadre réservé au responsable de l'inscription du centre social – Ne rien remplir dans ce tableau !

Quotient familial	Prix du séjour	Coût du séjour	Acompte 1	Acompte 2 Solde	Acompte 3 Solde
.....

Attention – 40 places disponibles !

Coût par séjour	0 - 345 €	346 -500 €	501-700 €
Quotient familial	Avec AVE	Avec AVE	Avec AVE
Séjour 20 jours	130 €	140 €	150 €

Joindre l'attestation de l'AVE CAF (Aide Vacances Enfants)

Autorisation parentale, Fiche sanitaire de liaison et certificat médical à remplir (voir au verso)





AUTORISATION PARENTALE

Séjour CHATEL 2017

NOM- Prénom de l'enfant :

Date et lieu de naissance.....

Je soussigné(e).....

Demeurant :

Responsable légal de l'enfant sus nommé autorise le responsable du séjour du centre social de l'Hommelet, à prendre, le cas échéant, toute mesure rendue nécessaire par l'état de l'enfant et déclare avoir pris connaissance des modalités d'inscription.

- Mon enfant s'est roulé à vélo: Oui - Non (1)

- J'autorise mon enfant à pratiquer les activités sportives: Oui - Non (1)

- J'autorise mon enfant à participer aux activités baignades : Oui - Non (1)

- J'autorise également mon enfant à utiliser les transports organisés par le Centre Social de l'Hommelet, dans le cadre du séjour. Oui - Non (1)

- J'autorise les animateurs à photographier ou filmer mon enfant dans le cadre des activités du séjour et de pouvoir utiliser le support sur promotion de la structure accueillante. Oui - Non (1)

N° de téléphone d'urgence :

En cas d'urgence nous pouvons être joint par téléphone :

Domicile : ☎....., Portable : ☎..... ;

Travail du Père : Tel : ☎..... ;

Nom de l'entreprise :, fonction :

Travail de la Mère : Tel : ☎.....,

Nom de l'entreprise :, fonction :

N° de Sécurité Sociale :

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

1. M. ou Mme....., tel :

2. M. ou Mme tel :

Assurance :

N° de police d'assurance responsabilité civile:

Compagnie d'assurance :

Garantie assistance :

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

(1) Mettre une croix dans la case correspondante.



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2017

1 - ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : / / GARÇON FILLE

2 - VACCINATIONS

(Joindre obligatoirement à la fiche sanitaire les copies de vaccinations et certificat médical)

3 - ALLERGIES :

ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

4 - PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....
.....

5 - INDIQUEZ CI-APRÈS : LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....
.....

6 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS - VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....
.....

Je soussigné,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.

Date :

Signature du responsable légal de l'enfant :





Certificat médical et d'aptitude à la vie en collectivité

Pour les Accueils de Loisirs Sans Hébergement et les Centres de vacances et de loisirs

Je soussigné (e) Docteur

Certifie avoir examiné, ce jour, l'enfant

Né (e) le, / /

et n'avoir décelé aucune contre-indication à la vie en collectivité dans le cadre d'un centre de loisirs.

J'atteste, par ailleurs, que est à jour de ses vaccinations obligatoires.

Cachet et signature du médecin

A le, / / 2017

