



# Lieu d'Accueil et de Loisirs de Proximité

## du 10 janvier 2018 au 24 août 2018

### 12/17 ANS



**Pôle d'Accueil Intergénérationnel**  
**Au 76, rue de la Paix**

NOM	Prénom	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 : .....

Pout 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)**



20 Lundi soir	8 janvier au 18 juin 2018 (paiement avant le 21 décembre 2017)	
20 Mercredis Après-midi	10 janvier au 20 juin 2018 (paiement avant le 21 décembre 2017)	
20 Jeudis soir	11 janvier au 21 juin 2018 (paiement avant le 21 décembre 2017)	
10 jours Vacances d'Hiver	26 février au vendredi 9 mars 2018 (paiement avant le 20 janvier 2017)	
10 jours Vacances Printemps	23 avril au vendredi 4 mai 2018 (paiement avant le 20 mars 2017)	
14 jours Vacances de Juillet	10 au Mardi 31 juillet 2018 (paiement avant le 1 juin 2017)	
17 jours Vacances d'Août	1 <sup>er</sup> au vendredi 24 août 2018 (paiement avant le 1 juillet 2017)	

*Tarifification du LALP*

<b>Forfait</b>	<i>Lundis 17h à 20h</i>	<i>Mercredis 14h à 18h</i>	<i>Jeudis 17h à 20h</i>	<i>Vacances 10h à 18h</i>
Tarif / jour	<b>0.75 €</b>	<b>0.75 €</b>	<b>0.75 €</b>	<b>1.50 €</b>

La responsabilité du Centre Social de l'Hommelet n'est engagée que pendant les horaires d'accueil du Lieu d'Accueil de Loisirs de Proximité.

Je soussigné(e) M..... autorise le Directeur du LALP, 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 ou Mercredi de 9h30 à 11h00**

**RAPPEL : Le nombre de places est limité.**

**Pour valider une inscription, le paiement doit être effectué un mois avant chaque période par chèque ou espèces uniquement.**

**Documents obligatoires à fournir lors de l'inscription :**

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

Je soussigné le 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 :