

Centre de loisirs été 2017

JUILLET ET AOÛT : inscriptions à la semaine
Début des inscriptions : 09 mai 2017 - Fin des inscriptions : 02 juin 2017

Merci de remplir le dossier intégralement en complétant les espaces manquants et cocher les cases appropriées

➤ ENFANT

NOM : _____ PRENOM : _____ AGE : _____ ans

Lieu de ramassage : _____

Photo
Obligatoire

Attention, toute personne reprenant un enfant à la demande des parents devra être majeur et se présenter avec une pièce d'identité à l'animateur

➤ INSCRIPTION

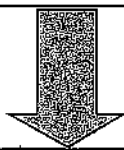
Horaires centre de loisirs : 9h00-17h30

Un accueil échelonné est ouvert de 7h30 à 9h00 et de 17h30 à 18h30 (uniquement sur présentation d'un justificatif de votre employeur)

Merci de cocher les cases correspondantes

JUILLET

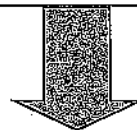
- Du 10 au 13 juillet 2017
- Du 17 au 21 juillet 2017
- Du 24 au 28 juillet 2017



- 3-12 ans : centre de loisirs de VENDIN (école Irène CURIE)
- 12-17ans : centre de loisirs ADOS AUCHEL (salle Beaugrand)

AOÛT :

- Du 31 juillet au 04 août 2017
- Du 07 au 11 août 2017
- Du 14 au 18 août 2017
- Du 21 au 25 août 2017
- Du 28 au 30 août 2017



- 3-12 ans : centre de loisirs de VERQUIGNEUL (ancienne école maternelle) (pas de centre le 15 août)
- 12-17 ans : centre de loisirs ADOS AUCHEL (salle Beaugrand)

COMMUNE DE HINGES

➤ TARIFS par jour par enfant

Le repas du midi et le goûter sont inclus ainsi que le prix de toutes les activités proposées.

	Centre maternel et primaire		Centre adolescents	
	Bénéficiaire de la CAF	Non bénéficiaire de la CAF	Bénéficiaire de la CAF	Non bénéficiaire de la CAF
Hingeois	10.30 €	12.40 €	15.80 €	17.80 €
Extérieurs à la commune	29.99 €	29.99 €	37.77 €	37.77 €

Une Remise de 20% sera appliquée à partir du 2ème enfant inscrit. Uniquement pour les familles habitant la commune.
INSCRIPTION A LA SEMAINE COMPLETE.

➤ REMBOURSEMENT

A compter de 5 jours d'absence consécutifs sur la même semaine d'inscription et sur présentation obligatoire d'un certificat médical durant la période de maladie.

N'hésitez pas à demander vos attestations de présence pour les éventuels remboursements de vos comités d'entreprises et vos déclarations fiscales.

➤ DOCUMENTS A FOURNIR AU MOMENT DE L'INSCRIPTION

- Le dossier d'inscription complété et signé
- Le paiement du séjour ou justificatif de l'organisme indiquant la prise en charge et le mode de paiement
- L'attestation d'aide aux loisirs remise par la CAF (bon CAF ou à défaut le numéro d'allocataire CAF). En l'absence d'aide aux loisirs merci de fournir une photocopie du livret de famille pour la déduction éventuelle pour la fratrie.
- La copie de l'assurance responsabilité individuelle accident (OBLIGATOIRE)
- La copie de l'assurance responsabilité civile (OBLIGATOIRE)
- La copie du carnet de santé (vaccinations) (OBLIGATOIRE)
- Justificatif de domicile
- L'attestation de votre employeur justifiant la demande de garderie (OBLIGATOIRE pour en bénéficier)
- **Pour le centre ados** : - sortie de territoire complétée et signée, photocopie de la carte d'identité du responsable qui signe la sortie de territoire. Pour les sorties hors du territoire, l'enfant devra être en possession de sa carte d'identité ou de son passeport en cours de validité.
 - Test préalable aux activités nautiques complété et signé par un maître nageur

➤ RENSEIGNEMENTS

Mairie de Hinges : 03.21.57.20.77

Service Jeunesse du SIVOM de la Communauté du Béthunois : 03.21.61.55.60 ou service.jeunesse@sivom-bethunois.fr

Réunion de présentation
Mercredi 14 juin 2017 à 18h
salle des associations—Verquigneul
Judi 15 juin 2017 à 18h :
mairie—Vendin les Béthune



FICHE DE RENSEIGNEMENTS (Obligatoire)

ENFANT

NOM : _____ PRENOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____ LIEU DE NAISSANCE : _____ Dép : _____
ECOLE FREQUENTEE : _____ CLASSE SUIVIE : _____
VOTRE ENFANT BENEFICIE T-IL DE L'AIDE A LA VIE SCOLAIRE (AVS) Oui Non
ADRESSE : _____
CODE POSTAL : _____ VILLE : _____
TEL DU DOMICILE FAMILIAL : _____ PORTABLE : _____

FRATRIE : _____ ; _____ ; _____ ; _____

PARENTS :

NOM / PRENOM DU PARENT : _____
ADRESSE : _____
Numéro de téléphone : _____ E mail : _____ @ _____
PROFESSION : _____ TEL EMPLOYEUR : (_____)
NOM DE L'EMPLOYEUR : _____
NOM / PRENOM DU PARENT : _____
ADRESSE : _____
Numéro de téléphone : _____ E mail : _____ @ _____
PROFESSION : _____ TEL EMPLOYEUR : (_____)
NOM DE L'EMPLOYEUR : _____

SITUATION FAMILIALE :

Célibataire Mariés Pacsés Vie maritale Veuf Divorcés *

En cas de divorce, il est impératif de fournir une copie de la lettre de jugement déterminant le responsable légal de l'enfant. En l'absence de ce document, l'organisateur du séjour décline toute responsabilité. De plus, merci de nous communiquer l'adresse où nous devons envoyer la facture.

RESPONSABILITE ET ASSURANCE : LES COPIES DES ASSURANCES « RESPONSABILITE CIVILE » et « INDIVIDUELLE ACCIDENT » SONT OBLIGATOIRES

Compagnie pour la responsabilité civile : _____ Police n° : _____
Compagnie pour la garantie individuelle accident : _____ Police n° : _____

EN CAS DE NON PRODUCTION DE CES DOCUMENTS L'ENFANT SERA REFUSE A L'ACCUEIL DE LOISIRS

SECURITE SOCIALE :

Numéro : _____ Caisse de rattachement : _____

MUTUELLE :

Nom et adresse : _____
N° adhérent : _____

CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES :

CAF de (ville) : _____ N° Allocataire : _____ Quotient familial : _____

EN CAS D'URGENCE :

Nous contacterons directement les parents, mais nous aimerions obtenir les coordonnées d'une tierce personne dans l'hypothèse où les parents ne pourraient être joints :

NOM / PRENOM : _____
ADRESSE : _____ VILLE : _____
TEL DOMICILE : _____ TEL PORTABLE : _____

A LA SORTIE DU CENTRE :

J'autorise mon enfant à repartir seul
 Mon enfant peut être confié à _____ (présentation d'une pièce d'identité obligatoire).

AUTORISATION SPORTIVE :

Je soussigné(e) _____ autorise mon enfant à pratiquer toutes les activités physiques et sportives qui seront proposées durant les Centres de loisirs.
Mon enfant : sait nager (distance : _____ mètres) ne sait pas nager

AUTORISATION PHOTOS/VIDEOS

J'ai pris connaissance du fait que mon enfant peut apparaître sur des photos et vidéos de groupe servant de supports de communication pour l'organisateur.

Par ailleurs:

- J'autorise le centre à prendre mon enfant individuellement en photo.
- Je n'autorise pas le centre à prendre mon enfant individuellement en photo.
- J'autorise le centre à prendre mon enfant individuellement en vidéo.
- Je n'autorise pas le centre à prendre mon enfant individuellement en vidéo.

Signature des parents
(précédée de la mention « lu et approuvé »)



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT
NOM : _____
PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Koussak	
Poliomyélite				Couqueluche	
Ou DT, Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCC					

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

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non
Si oui joindre une ordonnance récente 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.

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

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

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES :

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

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM
ADRESSE PENDANT LE SÉJOUR

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :
NOM ET TEL. DU MÉDECIN TRAITANT (ACQUIESCIT) :

Je soussigné(e)....., responsable légal de l'enfant, déclare
exactes 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 :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉS DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....