

# AVRIL 2018

## CENTRE DE LOISIRS DE SAILLY-LABOURSE

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

Uniquement pour les nouveaux inscrits qui n'ont pas fréquenté les centres de loisirs depuis le 10 juillet 2017 ou pour les familles ayant un changement de situation. Pour les enfants ayant fréquenté les centres de cet été, merci de remplir uniquement la première page.

### > ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_  
AGE : \_\_\_\_\_ ans

Photo  
Obligatoire

Lieu de ramassage : \_\_\_\_\_

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

Inscriptions à la semaine

Date limite des inscriptions le 30 mars 2018

- Du 23 au 27 avril 2018
- Du 30 avril au 04 mai 2018

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) selon le nombre d'inscrits.

Adresse : Ecole Georges Brassens, rue de Noeux 62113 SAILLY-LABOURSE

## ➤ **TARIFS**

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

Les aides de la CAF seront déduites par la commune des montants ci-dessus.

## ➤ **REMBOURSEMENT**

A compter de 3 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)

## ➤ **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](mailto:service.jeunesse@sivom-bethunois.fr)

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS (Obligatoire)**

**ENFANT**

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ LIEU DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ Dép : \_\_\_\_\_

PIECE D'IDENTITE :  Carte d'identité  Passeport

N° PIECE D'IDENTE \_\_\_\_\_ Délivré le \_\_\_\_\_

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 :** \_\_\_\_\_

**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  Vie maritale  Pacsés  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, chaque parent pourra reprendre l'enfant.

**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 le centre 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 prises par l'organisateur. Par ailleurs:

J'autorise l'organisateur à publier, exposer, diffuser, pour tous usages, y compris publicitaires et sur internet la (ou les) photographies prise(s) par lui et représentant mon enfant.

Je n'autorise pas l'organisateur à publier, exposer, diffuser, pour tous usages, y compris publicitaires et sur internet la (ou les) photographies prise(s) par lui et représentant mon enfant.

**SECRET MEDICAL :**

J'ai pris connaissance que les informations confidentielles indiquées sur la fiche sanitaire de liaisons seront transmises à l'équipe d'encadrement qui sera soumis à la discrétion professionnelle.

**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 RECUILLIR 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
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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 AIGU	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 TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

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 : .....

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

OBSERVATIONS

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