

Centre de loisirs été 2018

JUILLET ET AOÛT : Inscriptions à la semaine
Début des inscriptions : 07 mai 2018 Fin des inscriptions : 08 juin 2018

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

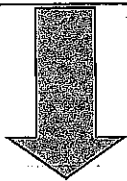
➤ INSCRIPTION

Horaires centre de loisirs : à partir de 8h30 et jusque 17h30
Un accueil échelonné est ouvert de 7h30 à 8h30 et de 17h30 à 18h30

Merci de cocher les cases correspondantes

JUILLET

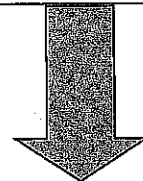
- Du 09 au 13 juillet 2018
- Du 16 au 20 juillet 2018
- Du 23 au 27 juillet 2018
- Du 30 juillet au 03 août 2018



- 3-13 ans : centre de loisirs de VERQUIGNEUL (ancienne école maternelle et crèche)
- 14-17ans : centre de loisirs ADOS AUCHEL (salle Beaugrand)

AOÛT :

- Du 06 au 10 août 2018
- Du 13 au 17 août 2018
- Du 20 au 24 août 2018
- Du 27 au 29 août 2018



- 3-13 ans : centre de loisirs de SAILLY-LABOURSE (école Georges Brassens) (pas de centre le 15 août)
- 14-17ans : centre de loisirs ADOS AUCHEL (salle Beaugrand)

➤ 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
Hingois	10.40 €	12.50 €	16 €	18 €
Extérieurs à la commune	30.32 €	30.32 €	38.18 €	38.18 €

Une Remise de 20% sera appliquée à partir du 2ème enfant inscrit. Uniquement pour les familles habitant la commune.
Une réduction de 3.40 € par jour et par enfant sera appliquée pour les bénéficiaires de l'aide aux temps libres (sur présentation du justificatif).

INSCRIPTION A LA SEMAINE COMPLETE.

➤ 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
- 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)
- Test de natation anti-panique complété par un maître nageur pour les enfants de 8 ans et plus (obligatoire si des activités nautiques sont prévues dans le planning)
- 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 ou à défaut tout document de la CAF comportant le quotient familial. En l'absence d'aide aux loisirs merci de fournir une photocopie du livret de famille pour la déduction éventuelle pour la fratrie.

➤ 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

Réunions de présentation
Jeudi 17 mai 2018 à 18h30
Médiathèque—Sailly-Labourse
Jeudi 24 mai 2018 à 18h30 :
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: _____

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 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-Rougeole	
Poliomyélite				Couqueletche	
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 CLAIRS :
 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 (ACQUAINT).....

Je soussigné(e).....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.

Signature :

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

OBSERVATIONS

.....

