

CENTRE DE LOISIRS PERMAMENT DU MERCREDI

ATTENTION CHANGEMENT

Le centre de loisirs se déroule sur la commune de LABOURSE.

Veillez compléter les espaces manquants et cocher les cases appropriées
(Attention, toute personne reprenant un enfant à la demande des parents devra présenter une pièce d'identité à l'animateur)

ENFANT

Nom/Prénom : _____ Age : _____

Commune d'inscription : _____

Photo

Pour plus d'information, vous pouvez nous contacter
au : 03-21-61-55-60 / 06-31-23-33-01
service.jeunesse@sivom-bethunois.fr

ORGANISATION DU CENTRE

- Les enfants de 3 à 17 ans sont accueillis sur le centre de loisirs de Labourse (ancienne école maternelle). Les inscriptions peuvent être effectuées à la demi-journée avec ou sans repas ou à la journée complète.
- Les parents qui n'utilisent pas le service de ramassage, devront se rendre au centre de loisirs pour conduire ou reprendre leur enfant durant la pause méridienne:
 - Soit à 12h pour les enfants inscrits le matin sans repas ou l'après-midi avec repas.
 - Soit à 13h30 pour les enfants inscrits le matin avec repas ou l'après-midi sans repas.
- Le goûter est inclus dans le prix ainsi que toutes les activités proposées.

INSCRIPTIONS

- Les inscriptions se font dans votre mairie de résidence 10 jours avant. Après ce délai, aucune inscription ne sera acceptée en mairie, par téléphone ou au centre de Loisirs.
- Pensez également à informer la mairie et à fournir l'attestation de votre employeur pour bénéficier de la garderie le matin ou le soir en précisant les horaires.
- Toute absence non excusée auprès du service jeunesse du SIVOM avant le mardi 12h sera facturée.

TARIFS et PLANNING ACTIVITES

- Les tarifs et les plannings d'activités sont disponibles en mairie.

DOCUMENTS A FOURNIR AU MOMENT DE L'INSCRIPTION

- Le dossier d'inscription complété et signé (si nouvelle inscription)
- L'attestation d'aide aux loisirs remise par la CAF
- La copie de l'assurance responsabilité individuelle accident (OBLIGATOIRE)
- La copie de l'assurance responsabilité civile (OBLIGATOIRE)
- La copie du carnet de vaccinations

TRANSPORT

Le SIVOM Communauté du Béthunois assure le ramassage des enfants. Plusieurs circuits sont mis en place pour le ramassage du matin et du midi. Les horaires peuvent varier en fonction du nombre d'enfants sur chaque arrêt. Si les horaires étaient modifiés, les familles seraient averties.

	<u>MATIN</u>	<u>SOIR</u>
VENDIN (mairie)	11h30	18h15
HINGES (école primaire)	8h25	18h10
FOUQUEREUIL (école primaire)	8h50	18h00
GOSNAY (Place)	8h45	17h55
DROUVIN-LE-MARAIS (mairie)	12h00	17h45
SAILLY-LABOURSE (école primaire)	11h30	17h35
LABOURSE (école Maurice Carême)	12h00	17h30
VERQUIGNEUL (mairie)	12h00	17h30

Attention, les horaires de fonctionnement des accueils de loisirs pour les communes de Hinges, Gosnay et Fouquereuil sont de 9h à 17h30 et pour les communes de Vendin, Drouvin le Marais, Saily Labourse, Labourse et Verquigneul sont de 12h00 à 17h30.

Si un parent souhaite reprendre son enfant avant l'horaire précisé ci dessus, il devra signer une décharge de responsabilité.

Selon la réglementation en vigueur, le centre de loisirs pourra ouvrir le mercredi matin seulement s'il y a au minimum 7 enfants inscrits.

Une garderie est mise en place de 7h30 à 18h30 sur le centre de loisirs à Labourse et jusque 18h30 sur la commune de Vendin-les béthune. Il est tout à fait possible de déposer votre enfant dans un de ces lieux de garderie en le précisant sur le dossier d'inscription ou en l'indiquant à la directrice par téléphone.

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 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 prises par 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 : _____
 CARCÓN FILE

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 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 CLAIRS :
 LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉDUCTION) 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).....
 TEL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TEL. DU MÉDECIN TRAITANT (RACQUAÏR).....

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