



**ACCUEIL DE LOISIRS DE CHUELLES – ANNEE 2017**  
**FICHE D'INSCRIPTION**



**A RETOURNER A LA MAIRIE DE CHUELLES AVANT LE 10 juin 2017**

Nom & prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : .....

Nom et prénom du Responsable légal de l'enfant : .....

Situation de famille : Célibataire – Marié(e) – Divorcé(e) Séparé(e) – vie maritale

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS**

	Père	Mère
<b>Nom</b>		
<b>Prénom</b>		
<b>Adresse Complète</b>		
<b>Téléphone domicile</b>		
<b>Téléphone d'urgence</b>		
<b>Profession</b>		
<b>Courriel</b>		
<b>Employeur</b>		
<b>Adresse Employeur Complète</b>		
<b>Téléphone Employeur</b>		
<b>N°allocataire CAF</b>		
<b>Bons Comité Entreprise</b>		
<b>Facturation de l'ALSH</b>		

Périodes souhaitées

**Du 10 juillet au 13 juillet inclus**

- Garderie de 7 h 30 à 9 h 00
- Garderie de 17 h 00 à 18h00

**Du 17 juillet au 21 juillet inclus**

- Garderie de 7 h 30 à 9 h 00
- Garderie de 17 h 00 à 18h00

**Du 24 juillet au 28 juillet inclus**

- Garderie de 7 h 30 à 9 h 00
- Garderie de 17 h 00 à 18h00

**Personne(s) autorisé(es) à venir chercher votre enfant :**

- .....

- .....

Pour la bonne organisation de l'Accueil de Loisirs, nous vous informons que toute période retenue sera facturée. En cas de maladie un certificat médical devra nous être adressé.

**Aucune inscription ne sera prise en compte en cours de centre**

Assurance Responsabilité Civile (joindre une copie)

Nom .....

N° du contrat.....

**Renseignements sanitaires (compléter la fiche sanitaire de liaison jointe)**

Nom du médecin traitant :.....

Adresse :.....

N° de téléphone :.....

**Allergies alimentaires ou régime particulier :** .....

*(Notre fournisseur de repas remplace uniquement les aliments contenant du porc)*

**Décharge de responsabilité – Autorisation parentale**

Je soussigné..... père, mère ou tuteur  
responsable de l'enfant.....

- Certifie avoir pris connaissance des modalités d'inscription
- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées
- Autorise mon enfant à participer avec son vélo personnel, aux sorties vélo si elles sont proposées
- Autorise la prise de vue de mon enfant pour une utilisation dans des activités manuelles, les journaux locaux (Eclaireur / République du Centre), le bulletin municipal ou le site Internet de la commune de Chuelles.
- Pour les enfants de plus de 10 ans :** Certifie que mon enfant est titulaire du brevet des 25 mètres de natation et du test anti-panique. **(à passer obligatoirement avant le début de l'accueil de loisirs dans une piscine)**

Fait à Chuelles le  
Signature

**Nota :** Les inscriptions ne seront pas prises en compte si elles ne sont pas accompagnées des pièces suivantes :

- ✓ copie du livret de famille,
- ✓ fiche sanitaire de liaison,
- ✓ bons vacances entreprise,
- ✓ copie de l'attestation de sécurité sociale avec les enfants,
- ✓ **avis d'imposition 2016 sur les revenus 2015,**
- ✓ **notification des prestations familiales versées en 2017,**
- ✓ copie de l'assurance responsabilité civile de l'enfant,
- ✓ brevet des 25 mètres natation pour les activités nautiques (enfants de +10 ans)



# 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				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> 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 OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS 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**

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