

FORMULAIRE D'INSCRIPTION AUX ACCUEILS DE LOISIRS DE FLIXECOURT

ANNEE 2017

Prière de remplir UN formulaire par enfant et le retourner à l'Accueil de Loisirs ou en Mairie de Flixecourt

NOM : Prénom : Adresse (complète) : Téléphone : <input style="width: 300px; height: 20px;" type="text"/> Nom et numéro d'assurance de l'enfant : <input style="width: 500px; height: 30px;" type="text"/>	né(e) le / / à âge ans
--	--

Renseignements	Le Père	La Mère	Mon enfant bénéficiera
Nom - Prénom			- <i>Carte Loisirs C.A.F. :</i>
Né(e) le :			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Profession			- <i>Bons M.S.A. :</i>
N° de téléphone			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
N° Sécurité Sociale			<i>(si oui : nous en faire une copie pour la carte loisirs C.A.F. et à fournir pour les bons M.S.A.)</i>

Êtes-vous affilié au : <i>Régime Général :</i> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <i>Régime Agricole :</i> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <i>Autre (à préciser) :</i>	Êtes vous imposable ? : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>(si non : nous faire une copie de l'avis de non imposition)</i>
---	--

En cas d'urgence pendant les heures d'ouverture de l'Accueil de Loisirs, la personne à prévenir est :

Nom et Prénom :

:

Je soussigné(e) M, Mme

Responsable légal de l'enfant

L'autorise à rentrer seul Nous (tuteurs légaux) viendrons le rechercher tous les jours.

Autorise , les personnes suivantes à reprendre mon enfant :

M., Mme, Melle

M., Mme, Melle

M., Mme, Melle

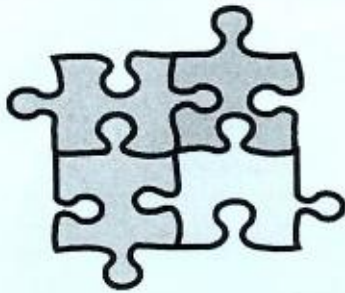
À le / / 2017 Signature du responsable légal
--

ACTE D'ENGAGEMENT :

Je soussigné(e)

responsable de l'enfant

déclare avoir pris connaissance des conditions de fonctionnement des Accueils de Loisirs organisé par la Commune de Flixecourt et autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées par les organisateurs ainsi que les transports lorsque cela est nécessaire et décharge ces derniers de toutes responsabilités en cas d'accident pouvant survenir avant ou après les heures d'ouverture ou de fermeture du centre ; autorise également les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales...). De même, j'autorise l'Accueil de Loisirs à prendre des photographies ou des images vidéos de mon enfant, à exposer ceux-ci, dans le seul but de promouvoir l'Accueil de Loisirs.



à le / / 2017

Signature du responsable légal de l'enfant

à faire précéder de la mention « lu et approuvé »

Joindre à la fiche d'inscription :

- Une photocopie du carnet de santé ou certificat de vaccination de l'enfant (pour l'année).
- Une photocopie de la carte loisirs de la CAF ou le bon M.S.A. (si vous en bénéficiez).
- La fiche médicale (valable pour toute l'année scolaire).
- Un relevé de non imposition
- Un justificatif de domicile

TARIFS :

Vous trouverez une fiche détaillée des tarifs jointe au dossier. Il est à noter qu'il ne sera demandé aucun supplément aux familles pour les sorties



ALLOCATIONS
FAMILIALES

CAF
DE LA SOMME

La carte loisirs de la C.A.F. de la Somme fonctionne sur chacune des périodes de vacances et sera déduite du montant de participations des familles (à titre indicatif le montant des cartes loisirs en 2015 était de 2,8€ par jour et par enfant en accueil).



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.
 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
ptérite				Hépatite B	
ianos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
lomyélite				Coqueluche	
u DT polio				Autres (préciser)	
u Tétracoq					
CG					

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

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

l'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non
 u joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (*boîtes de médicaments dans leur
 ballage 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"/>	

ERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

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

OBSERVATIONS

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

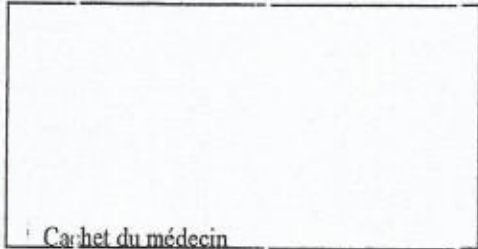
OBSERVATIONS

.....

.....

.....

.....



..... le

CERTIFICAT MEDICAL

Carte du médecin

Je soussigné, docteur:
certifie que l'enfant

- Ne présente actuellement aucun signe cliniquement décelable d'affection contagieuse.
- Est apte à la vie en collectivité
- Est à jour de ses vaccinations
- Ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique d'activités nautiques de loisirs en piscine.
- Ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique d'activités nautiques sportives.
- Ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique d'activités VTT
- Ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique d'activités tir à l'arc
- Ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique d'activités arbo-escalade

Nombre de cases cochées:

Signature: