

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS (Obligatoire)**

**ENFANT**  
 NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ LIEU DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ Dép : \_\_\_\_\_  
 COLE FREQUENTEE : \_\_\_\_\_ CLASSE SUIVIE : \_\_\_\_\_  
 AUTRE ENFANT BENEFICIAIRE T-IL DE L'AIDE A LA VIE SCOLAIRE (AVS)  Oui  Non  
 ADRESSE : \_\_\_\_\_  
 CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

**PARENTS :**  
 NOM / PRENOM DU PARENT : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 ADRESSE : \_\_\_\_\_  
 Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

PROFESSION : \_\_\_\_\_ TEL EMPLOYEUR : ( \_\_\_\_\_ )  
 NOM DE L'EMPLOYEUR : \_\_\_\_\_

NOM / PRENOM DU PARENT : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 ADRESSE : \_\_\_\_\_  
 Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
 Email : \_\_\_\_\_  
 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.

En cas de parents séparés mais exerçant conjointement l'autorité parentale sur leur enfant, l'inscription décidée par l'un des parents présume l'accord de l'autre parents à défaut d'une opposition expressément formulée par écrit par ce dernier.

**FAMILLE D'ACCUEIL (le cas échéant)**

NOM / Prénom : \_\_\_\_\_  
 ADRESSE : \_\_\_\_\_ E mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
 Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

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

**VACCINS :**

En tant que responsable légal de mon enfant, je certifie que mon enfant est à jour de ses vaccins. (joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccinations.)

Signature des parents  
 (précédée de la mention « lu et approuvé »)

**TARIFS**

|                     |        | QUOTIENT FAMILIAL |                      |  |
|---------------------|--------|-------------------|----------------------|--|
|                     |        | ≤ à 442 €         | ≥ à 443 € et ≤ 617 € | ≥ 618 € et non présentation du quotient familial |
| TARIF ENFANT / JOUR |        |                   |                      |  |
| Enfants d'Allouagne | 7 €    | 8 €               | 9 €                  |  |
| Le 2ème et suivant  | 5,50 € | 6 €               | 6,50 €               |  |
| Enfants extérieurs  | 14 €   | 16 €              | 18 €                 |  |
| Le 2ème et suivant  | 11 €   | 12 €              | 13 €                 |  |

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.

- DOCUMENTS A FOURNIR AU MOMENT DE L'INSCRIPTION**
- Le dossier d'inscription complété et signé avec l'attestation
  - La copie de l'assurance responsabilité civile (OBLIGATOIRE)
  - La copie du carnet de santé (vaccinations) (OBLIGATOIRE)
  - Un justificatif de domicile
  - 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.
  - Le règlement intérieur du centre de loisirs signé

**AUTORISATIONS**

**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 de groupe ou des films réalisés par l'organisateur. Ceux-ci pourront apparaître sur divers supports de communication (presse locale, site internet, journal interne, réseaux sociaux,...). Par ailleurs :

- J'autorise l'équipe à prendre mon enfant individuellement en photo ou à le filmer et utiliser ces prises de vue et films à des fins de communication (presse locale, site internet, journal interne, réseaux sociaux, ...) sans porter atteinte à l'image de mon enfant.
- Je n'autorise pas l'équipe à prendre mon enfant individuellement en photo ou à le filmer.

**AUTORISATION SANITAIRE :**  
 Soucieux du bien être et de la sécurité, le SIVOM de la Communauté du Béthunois propose d'utiliser un répulsif adapté pour protéger vos enfants des tiques lors des sorties en forêt, prairie, parcs... Pour pouvoir appliquer cette lotion, votre accord est indispensable :

- J'autorise l'application d'un répulsif contre les tiques
- Je n'autorise pas l'application d'un répulsif contres les tiques.
- J'autorise l'assistant sanitaire à retirer le tique en cas de morsure
- Je n'autorise pas l'assistant sanitaire à retirer le tique en cas de morsure

**AUTORISATION DE SORTIE DU CENTRE :**  
 J'autorise mon enfant à repartir seul  
 Mon enfant peut être confié à \_\_\_\_\_ (présentation d'une pièce d'identité obligatoire).

# Centre de loisirs FEVRIER 2021

Inscriptions du 11 janvier au 3 février 2021.

**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 l'été 2020 ou pour les familles ayant un changement de situation (justificatif obligatoire si CAF).

Attention, pour les enfants ayant fréquenté les centres de cet été, il est indispensable de remplir la première page ainsi que l'attestation.

**L'attestation d'aide aux loisirs remise par la CAF est obligatoire**

➤ **ENFANT**

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

AGE : \_\_\_\_\_ ans

Lieu de ramassage (matin et soir) : \_\_\_\_\_ (à fixer pour toute la période)



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**

Le centre de Loisirs se déroulera à l'école primaire et maternelle de Vendin-Les-Béthune, rue François Mitterrand.

Horaires centre de loisirs : 8h30-17h30

Un accueil échelonné pourra être organisé sur demande des familles dès 7h30 sur le centre de Loisirs.

Le soir, un accueil sera également proposé jusque 18h30.

**Merci de cocher les cases correspondantes**

**Ouverture du centre :**

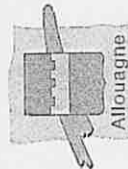
Du 22 février au 26 février 2021 (5 jours)

Du 1er mars au 5 mars 2021 (5 jours)

➤ **RENSEIGNEMENTS**

Mairie d'Allouagne : 03.21.54.07.90

Service Jeunesse du SIVOM de la Communauté du Béthunois : 03.21.61.55.60 ou service.jeunesse@sivom-bethunois.fr



SIVOM communauté du Béthunois  
Enfance - Jeunesse

Partenaire financier

COMMUNE D'ALLOUAGNE



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS  
Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10000\*02

## 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                 |       |
| 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 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 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

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