

**■ FICHE DE RENSEIGNEMENTS (Obligatoire)**

**ENFANT**

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_ LIEU DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ Dép : \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
 ECOLE FREQUENTEE : \_\_\_\_\_ CLASSE SUIVIE : \_\_\_\_\_  
 VOTRE ENFANT BENEFICIE T-IL DE L'AIDE A LA VIE SCOLAIRE (AVS)  Oui  Non  
 ADRESSE : \_\_\_\_\_  
 CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_ PORTABLE : \_\_\_\_\_  
 TEL DU DOMICILE FAMILIAL : \_\_\_\_\_  
 FRATRIE : \_\_\_\_\_

**PARENTS :**

**NOM / PRENOM DU PARENT :** \_\_\_\_\_  
 ADRESSE : \_\_\_\_\_ E mail : \_\_\_\_\_  
 Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ TEL EMPLOYEUR : ( \_\_\_\_\_ )  
 PROFESSION : \_\_\_\_\_  
 NOM DE L'EMPLOYEUR : \_\_\_\_\_

**NOM / PRENOM DU PARENT :** \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_ E mail : \_\_\_\_\_  
 Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ TEL EMPLOYEUR : ( \_\_\_\_\_ )  
 PROFESSION : \_\_\_\_\_  
 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.

**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 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 contre 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

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

**TARIFS**

	QUOTIENT FAMILIAL		
	≤ 0 442 €	> 0 443 € et ≤ 617 €	> 618 € et non présentation du quotient familial
Enfants domiciliés à Allouagne	7 €/jour/enfant	8 €/jour/enfant	9 €/jour/enfant
À partir du 2ème enfant	5.50 €/jour/enfant	6 €/jour/enfant	6,50 €/jour/enfant
Enfants extérieurs	14 €	16 €	18 €
À partir du 2ème enfant	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 des montants ci-dessus.

**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
- L'attestation d'aide aux loisirs remise par la CAF (bon CAF ou à défaut le numéro d'allocataire CAF). En l'absence d'aide aux loisirs merci de fournir une photocopie du livret de famille pour la déduction éventuelle pour la fratrie.
- 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)
- Justificatif de domicile

**RENSEIGNEMENTS**

Mairie de 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

# Centre de loisirs de la toussaint 2018

Inscriptions à la semaine

Fin des inscriptions : 5 octobre 2018 pour la première semaine  
12 octobre 2018 pour la deuxième semaine

## ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

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

Lieu de ramassage : \_\_\_\_\_



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 déroule à l'école Jean Moulin, rue Léonard Michaud de Lapugny.

Horaires centre de loisirs : 8h30-17h30

Un accueil échelonné est ouvert de 7h30 à 8h30 et de 17h30 à 18h30 sur demandes des familles.

Merçi de cocher les cases correspondantes

**TOUSSAINT**

**Centre de loisirs de Lapugny**  
(école Jean Moulin-rue Léonard Michaud)

Du 22 au 26 octobre 2018  
 Du 29 octobre au 2 novembre 2018



COMMUNE DE ALLOUAGNE



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



N° 10006\*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
Diphtérie				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 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 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

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