DOSSIER D'INSCRIPTION

Accueil de loisirs

Vacances de
du au

PHOTO

RENSEIGNEMENTS PRATIQUES :

- Nom de l'enfant : .....
- Prénom : .....
- Date de Naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|
- Age de l'enfant : .....
- Nom du responsable de l'enfant : .....
- Adresse : .....
- Code postal |_|_|_|_|_| Ville : .....
- Mail : .....
- Tél : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Autre n° de tél *(en cas d'urgence)* : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
- Profession des parents *Mère* : ..... *Père* : ..... .
- N° Allocataire : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Caisse : .....

MODALITES D'INSCRIPTION *(merci de cocher votre situation)*

1. Tarif à la semaine/enfant : *(+ 5€ en cas de sortie)*

Tarifs à la semaine	Régime Général **QF < 800 € avec ATL**	Régime Général **QF < 800 € sans ATL**	Régime Général **QF > 800 €**	Autres régimes
	☐ **30 €**	☐ **49 €**	☐ **53 €**	☐ **70 €**

Le tarif appliqué dépend de votre QF (Quotient Familial). Merci de nous le communiquer.

+ Carte Familles Rurales **obligatoire** pour l'année en cours **(24 € par famille)** :

☐ Je l'ai déjà (photocopie à fournir) ☐ Je ne l'ai pas encore

2. Dates du séjour : .....

3. Durée du séjour :

☐ Semaine 1 (du au / /)

4. Règlement :

Prix total de votre séjour : .....

☐ en chèque ☐ en espèces ☐ en chèques vacances

Le règlement est obligatoire au moment du dépôt du dossier pour valider l'inscription de l'enfant

Avez-vous besoin d'une attestation de séjour oui ☐ non ☐

Imprimé fourni par votre C.E. oui ☐ non ☐

Ce dossier est à renvoyer le plus tôt possible, accompagné du document CAF mentionnant votre Quotient Familial ainsi que d'une copie de l'attestation Aide au Temps Libre (ATL)

à : Relais Familles, 4 place du général Hellé 54122 Azerailles

Personnes à contacter et/ou autorisées à venir chercher l'enfant en cas d'urgence ou d'indisponibilité des parents (Présentation d'une pièce d'identité)			
Nom :	Prénom :	Qualité :	Tél : .....
Nom :	Prénom :	Qualité :	Tél : .....
Nom :	Prénom :	Qualité :	Tél : .....
Nom :	Prénom :	Qualité :	Tél : .....

INFORMATIONS MEDICALES :

P.A.I (Protocole d'Accueil Individualisé) : ❑ Oui ❑ Non

Médecin traitant :

Nom : ..... Tél. du cabinet : .....

Adresse : .....

Vaccinations :

Fournir une photocopie des vaccinations de l'enfant inscrites sur le carnet de santé de l'enfant.
Si le mineur n'a pas eu les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Renseignements concernant le mineur : (Informations nécessaires en cas d'urgence)

Poids : ..... Taille : .....

Suit-il un traitement médical ? ❑ 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).

Allergies :

Alimentaires : ❑ Oui ❑ Non

Médicamenteuses : ❑ Oui ❑ Non

Autres : ❑ Oui ❑ Non

En cas de réponse positive, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Problèmes médicaux particuliers :

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? ❑Oui ❑Non

Lesquels ? .....

.....

CHOIX ALIMENTAIRES :

Sans Porc : ❑Oui ❑Non

Végétarien : ❑Oui ❑Non

INFORMATIONS SPORTIVES :

Mon enfant sait nager : ❑Oui ❑Non

Mon enfant sait faire du vélo : ❑Oui ❑Non

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, … : .....

AUTORISATIONS PARENTALES :

Je soussigné(e) ……,
déclare avoir le plein exercice de l'autorité parentale et:

Autorise l'équipe d'encadrement de l'Accueil de loisirs/du séjour à prendre toutes les dispositions utiles, en cas d'urgence, en vue de la mise en œuvre pour mon enfant des traitements médicaux et chirurgicaux qui pourraient s'imposer. ❑ Oui ❑ Non

Autorise seulement les personnes habilitées (mentionnées ci-dessus) à venir chercher mon enfant à l'Accueil de loisirs. ❑ Oui ❑ Non

Autorise mon enfant à rentrer seul à son domicile ❑ Oui ❑ Non

En cas de réponse positive : à partir de ……h, le(les) jours(s) suivants : ……

Autorise Familles Rurales à reproduire et à diffuser les photographies et/ou vidéos réalisées par Familles Rurales de ma personne ou de celle de mon enfant ; pour les usages exclusifs suivants : les journaux de Familles Rurales, ses supports vidéo, les illustrations de ses documents d'information, les illustrations de son site Internet, les insertions dans sa page Facebook.
Cette autorisation est valable pour une durée de 10 ans. ❑ Oui ❑ Non

Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation de ces photos/vidéos ne porteront pas atteinte à ma réputation ou à ma vie privée, ou à celle de mon enfant.

Fait à : ……

Le : ……

Signature du père (tuteur légal ou parent 1)
Précédée de la mention « lu et approuvé »

Signature de la mère (tutrice légale ou parent 2)
Précédée de la mention « lu et approuvé »

PLANNING DE RÉSERVATION

Vacances de - Du au

Les inscriptions s'effectuent à la semaine pour un accueil de 9h à 12h et de 13h30 à 17h.

Un accueil supplémentaire est possible de 7h30 à 9h et de 17h à 18h30 moyennant 1€ de l'heure/j et par enfant.

Possibilité de restauration sur place : 2€/j et par enfant pour les frais de garde. Les parents devront fournir le repas tiré du sac (possibilité de réchauffer).

Renseignements relatifs à l'enfant :

Nom : ..... Prénom : .....

Date de Naissance : .....

Renseignements relatifs au représentant légal

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

..... Téléphone : .....

Tarifs à la semaine	Régime Général **QF < 800 € avec ATL**	Régime Général **QF < 800 € sans ATL**	Régime Général **QF > 800 €**	Autres régimes
	☐ **30 €**	☐ **49 €**	☐ **53 €**	☐ **70 €**

Cocher les cases utiles :

		Accueil du **MATIN** à partir de			**INSCRIPTION**			Accueil du **SOIR** jusque		
		07h30	8h	8h30	De 9h à 12h	REPAS	De 13h30 à 17h	17h30	18h	18h30
Semaine 1	**Lundi**									
	Mardi									
	Mercredi									
	Jeudi									
	Vendredi									

Fait à : Signature du responsable légal :

Le :

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

N° 10008*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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....