

Accueil de loisirs :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> « Les P'tits Futés » (Augisey) | <input type="checkbox"/> Balanod |
| <input type="checkbox"/> « Les P'tits Loup » (Beaufort) | <input type="checkbox"/> « Les Savanturiers » (Cousance) |
| <input type="checkbox"/> « La Maison de l'Enfance (St Amour) | <input type="checkbox"/> « La Récré » (Vincelles) |

Enfants : _____

Pour participer aux activités des accueils de loisirs (périscolaire ou extrascolaire), un dossier doit être complété pour chaque enfant. Il peut être retiré à l'accueil de loisirs ou téléchargé sur le site internet de la Communauté de Communes.

Contenu du dossier d'inscription (cocher les documents fournis) :

- Une fiche d'identification famille complétée et signée par le responsable légal.
- L'avis d'imposition 2016 sur les revenus 2015 (avant le 30/09/2017) et l'avis d'imposition 2017 sur les revenus 2016 (avant le 30/01/2018) ; attention, pour les couples en union libre, merci de fournir les avis d'imposition des 2 parents.
- Une fiche de renseignements complétée et signée par le responsable légal.
- Une fiche sanitaire complétée et signée par le responsable légal.
- La photocopie de la page des vaccins dans le carnet de santé.
- Un justificatif de domicile (pour la première inscription ou en cas de déménagement).
- Une attestation d'assurance.
- En cas de divorce ou séparation, une photocopie du jugement (extrait qui concerne la garde des enfants).
- La fiche d'inscription périscolaire et/ou TAP.

Je soussigné _____
m'engage à le respecter.

atteste avoir lu le règlement intérieur de l'accueil de loisirs et

Signature

Inscription à l'accueil de loisirs de : _____

Parent 1	
Parent à qui sera facturé la prestation	<input type="checkbox"/>
Informations obligatoires	
Civilité	<input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame
Nom :	_____
Prénom :	_____
Date de Naissance :	_____
Lieu de Naissance :	_____
Qualité :	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Beau-Père <input type="checkbox"/> Belle-mère
Situation matrimoniale :	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Pacsé(e)
Adresse :	_____
Code postale :	_____
Ville :	_____
Téléphone Portable :	_____
Téléphone Domicile :	_____
Téléphone Professionnel :	_____
Régime (général, libéral, artisan/commerçant...)	_____

Parent 2	
Parent à qui sera facturé la prestation	<input type="checkbox"/>
Informations obligatoires	
Civilité	<input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame
Nom :	_____
Prénom :	_____
Date de Naissance :	_____
Lieu de Naissance :	_____
Qualité :	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Beau-Père <input type="checkbox"/> Belle-mère
Situation matrimoniale :	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Pacsé(e)
Adresse :	_____
Code postale :	_____
Ville :	_____
Téléphone Portable :	_____
Téléphone Domicile :	_____
Téléphone Professionnel :	_____
Régime (général, libéral, artisan/commerçant...)	_____

Informations complémentaires	
Adresse mail (pour recevoir les informations, les programmes des vacances...)	_____
Profession :	_____
Employeur :	_____
Adresse employeur :	_____

Informations complémentaires	
Adresse mail (pour recevoir les informations, les programmes des vacances...)	_____
Profession :	_____
Employeur :	_____
Adresse employeur :	_____

Nombre d'enfants à charge : _____

Nom	Prénom	Sexe	Date de Naissance	École
		M F		
		M F		
		M F		
		M F		
		M F		
		M F		

Signature des Parents

Accueil de loisirs :

-
- Les P'tits Fûtés (Augisey)
-
-
- La Maison de l'Enfance (Saint Amour)

-
- Les Savanturiers (Cousance)
-
-
- Les P'tits Loups (Beaufort)

-
- La Récré (Vincelles)
-
-
- Balanod

L'enfant

Nom : _____
 Prénom : _____
 Date de naissance : _____

École : _____
 Classe : _____

Autorisation de rentrer seul :
 À parir de : _____ H

Oui Non

Autorisation d'être photographié :

Oui Non

Autorisation d'être filmé :

Oui Non

Autorisation d'utiliser ces photos ou films :

- Sur le site internet de la CC
 Sur la page Facebook de la CC
 Sur l'abum photo/le film réalisé et diffusé à l'issue du projet
 Sur tout support d'information relatif à la promotion des activités de la structure (y compris la presse)

Autorisation d'être véhiculé (voiture ou minibus) :

Oui Non

L'enfant nage-t-il :

Oui Non

A-t-il un brevet de natation :

Oui Non

Nom du médecin traitant : _____

Numéro de téléphone : _____

Groupe sanguin de l'enfant : _____

Assurance

Compagnie : _____

N° de police : _____

Adresse : _____

Code postale : _____

Ville : _____

Téléphone : _____

Personnes autorisées à récupérer l'enfant

	1	2	3
Nom, Prénom			
Qualité (grands parents, voisins...)			
Adresse			
Téléphone			

Dans le cas où les parents ne seraient pas joignable, personne à prévenir en cas d'accident (nom, prénom et téléphone) :

Je soussigné(e) _____

père, mère, tuteur légal de : _____

autorise les responsables des accueils de loisirs à prendre toutes les mesures nécessaires (médicales ou chirurgicales) pour soigner mon enfant en cas d'accident ou si celui-ci présente d'autres symptômes nécessitant des soins immédiats.

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Signature :





FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

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				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS

FICHE D'INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS - CANTINE

Année scolaire 2017-2018

Accueil de loisirs :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Les P'tits Fûtés (Augisey) | <input type="checkbox"/> Les Savanturiers (Cousance) |
| <input type="checkbox"/> Les P'tits Loups (Beaufort) | <input type="checkbox"/> La Récré (Vincelles) |

Enfant 1	NOM : _____	PRÉNOM : _____	DATE DE NAISSANCE : _____
	Classe : _____	Enseignant : _____	
Enfant 2	NOM : _____	PRÉNOM : _____	DATE DE NAISSANCE : _____
	Classe : _____	Enseignant : _____	
Enfant 3	NOM : _____	PRÉNOM : _____	DATE DE NAISSANCE : _____
	Classe : _____	Enseignant : _____	

Je souhaite inscrire mon enfant :

- à l'année** (vous ne remplissez cette feuille qu'en début d'année) **au mois** (vous rendez cette feuille avant le 22 de chaque mois)

Semaines paires

Semaines	Du					Au					Du					Au					Du					Au				
Séances	M	MSR	R	T	AL	S	M	MSR	R	T	AL	S	M	MSR	R	T	AL	S	M	MSR	R	T	AL	S	M	MSR	R	T	AL	S
Lundi																														
Mardi																														
Mercredi																														
Jeudi																														
Vendredi																														

M : Matin ; **MSR** : Midi Sans Repas; **R** : Repas; **T** : TAP de 15h45 à 17h15 lundi et jeudi; **AL** : Accueil de Loisirs 15h45 à 16h30 ; **S** : Soir 16h30 à 18h30

Semaines impaires

Semaines	Du					Au					Du					Au					Du					Au				
Séances	M	MSR	R	T	AL	S	M	MSR	R	T	AL	S	M	MSR	R	T	AL	S	M	MSR	R	T	AL	S	M	MSR	R	T	AL	S
Lundi																														
Mardi																														
Mercredi																														
Jeudi																														
Vendredi																														

M : Matin ; **MSR** : Midi Sans Repas; **R** : Repas; **T** : TAP de 15h45 à 17h15 lundi et jeudi; **AL** : Accueil de Loisirs 15h45 à 16h30 ; **S** : Soir 16h30 à 18h30

Mercredis <i>(Beaufort et Cousance)</i>	Après Midi

- Facturation au nom du papa
 Facturation au nom de la maman

Date : _____

Signature du responsable légal :

**À rendre avant le 22 de
chaque mois pour les
inscriptions mensuelles**