

MODALITÉS D'INSCRIPTION

La Communauté de Communes organise des mercredis récréatifs :

à **CHÉRY LES POUILLY** pour les enfants de 4 à 12 ans à la salle de motricité de l'école maternelle 2 rue Vendôme. Les enfants seront récupérés à la sortie de l'école à 11h45 et une garderie est organisé le soir de 17h00 à 18h00, le temps d'activité a lieu de 13h30 à 17h00 (vous avez la possibilité d'inscrire votre enfant uniquement pour les repas de 11h45 à 13h30).

à **COUVRON** pour les enfants de 4 à 12 ans à la salle de convivialité 2 rue James Smales. Les enfants seront récupérés à la sortie de l'école à 11h30 et une garderie est organisé le soir de 17h00 à 18h00, le temps d'activité a lieu de 13h30 à 17h00 (vous avez la possibilité d'inscrire votre enfant uniquement pour les repas de 11h30 à 13h30).

Vous avez la possibilité d'inscrire vos enfants de façon occasionnel.

Tarifs : L'après midi : 4,00 €

Repas : 1 ticket de cantine scolaire à se procurer à la Communauté de Communes du Pays de la Serre.

La facturation se fera en fin de mois.

INSCRIPTION DE VOTRE ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / / Age :

Régime : Générale ☐ Agricole ☐ Autres ☐

N° d'allocataire CAF ou MSA :

LIEU DES MERCREDIS :

CHERY LES POUILLY ☐

COUVRON ☐

RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT

Responsable légal :

Mme ☐ Mlle ☐ M. ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Commune :

N° de téléphone fixe :

N° de téléphone portable :

N° de téléphone professionnel :

Email :

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

(autre que le responsable légal)

Mme ☐ Mlle ☐ M. ☐

Nom :

Prénom :

N° de téléphone fixe :

N° de téléphone portable :

N° de téléphone professionnel :

Mme ☐ Mlle ☐ M. ☐

Nom :

Prénom :

N° de téléphone fixe :

N° de téléphone portable :

N° de téléphone professionnel :

Personnes autorisées à reprendre l'enfant :

(autre que le responsable légal)

Mme ☐ Mlle ☐ M. ☐

Nom :

Prénom :

N° de téléphone fixe :

N° de téléphone portable :

N° de téléphone professionnel :

Mme ☐ Mlle ☐ M. ☐

Nom :

Prénom :

N° de téléphone fixe :

N° de téléphone portable :

N° de téléphone professionnel :

AUTORISATION

Je soussigné(e) Mme, M

autorise l'enfant

à participer à toutes les activités et sorties (baignade, sport, visite, rencontre avec les autres centres)

OUI ☐ NON ☐

à repartir seul de l'accueil de loisirs OUI ☐ NON ☐

Et autorise :

l'organisateur à utiliser les photographies de mon

enfant dans le cadre exclusif de ses supports de

communication OUI ☐ NON ☐

l'organisateur, en cas de maladie ou d'accident de

l'enfant, à prendre toutes les mesures d'urgence

prescrites par le médecin, y compris éventuellement

l'hospitalisation de l'enfant OUI ☐ NON ☐

Je soussigné

responsable légal de l'enfant,

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature :

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 :

N° de téléphone fixe :

N° de téléphone portable :

N° de téléphone professionnel :

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 :



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



**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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

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 <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐

MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐

AUTRES.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....