

MERCREDIS RÉCRÉATIFS

2019-2020

La Communauté de communes du Pays de la Serre accueille vos enfants le Mercredi pour des activités d'éveils et de loisirs !

INSCRIPTIONS

PDF interactif - A télécharger puis à ouvrir avec votre lecteur de PDF pour remplir les champs directement depuis votre ordinateur

La Communauté de communes du Pays de la Serre organise des Mercredis Récréatifs :

- **CHÉRY-LES-POUILLY** pour les enfants de 4 à 12 ans à la salle de motricité de l'école maternelle - 2 rue Vendôme. Vous avez la possibilité d'inscrire vos enfants de façon occasionnel de **7h30 à 18h00**.
- **COUVRON** pour les enfants de 4 à 12 ans à l'école primaire à la salle des NAP. Vous avez la possibilité d'inscrire vos enfants de façon occasionnel de **7h30 à 18h00**.
- **CRÉCY-SUR-SERRE** pour les enfants de 4 à 12 ans à l'école primaire. Vous avez la possibilité d'inscrire vos enfants de façon occasionnel de **7h30 à 12h00**.

Tarifs des Mercredis Récréatifs

(Facturation en fin de mois)



Matinée	De 7h30 à 12h00	4,50 €
Après-midi	De 13h00 à 18h00	4,50 €
Journée complète avec repas	De 7h30 à 18h00	11,00 €
Repas seul		2,00 €

INSCRIPTIONS DE VOTRE ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Âge :

Régime :

Général

Agricole

Autres

N° d'allocataire CAF ou MSA :

MERCI DE CHOISIR LE LIEU DES MERCREDIS RÉCRÉATIFS

Chéry-Les-Pouilly

Couvron

Crécy-Sur-Serre

Responsable légal :

Madame

Monsieur

Mademoiselle

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Tel. Fixe :

Tel. Port :

Tel. Professionnel :

E-mail :

Personnes à prévenir en cas d'urgence ou autorisées à reprendre l'enfant (autre que le responsable légal) :

Madame

Monsieur

Mademoiselle

Nom :

Prénom :

Tel. Fixe :

Tel. Port :

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 de loisirs...) :

Oui

Non

à repartir seul(e) 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

Autorise l'organisateur, en cas de maladie ou d'accident, à prendre toutes les mesures d'urgences prescrites par le médecin, y compris éventuellement l'hospitalisation de l'enfant : Oui Non

Je soussigné(e) Mme, M.

responsable légal de l'enfant

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature :

Ministère de la Jeunesse et des Sports

Cerfa 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1-ENFANT

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARCON ☐

FILLE ☐

2 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM

PRÉNOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR)

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

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.

3 -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

4 -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 ?

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS 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**.

5 -RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...
PRÉCISEZ

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 :