

# 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 :

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

1-ENFANT	NOM :		
PRENOM :			
DATE DE NAISSANCE :			
GARCON <input type="checkbox"/>	FILLE <input type="checkbox"/>		

**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
Diphthérie	<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 :