

FICHE D'INSCRIPTION 2016-2017

Responsable légal

Nom et Prénom :
Téléphone domicile : Portable :
Employeur :
e-mail :
N° sécurité sociale où l'enfant est inscrit :
N° CAF :
Organisme versant les prestations familiales :
Bénéficiaire des Aides au Temps Libre : OUI NON

Enfant

Nom et Prénom :
Date de Naissance :
Adresse :
Allergies :
Précisez le traitement si besoin :

Le soussigné (e), responsable légal de l'enfant, autorise celui-ci à :

- Participer aux activités du Centre de Loisirs : OUI NON
- A rentrer seul après les activités du Centre de Loisirs : OUI NON
- Droit à l'image : j'autorise le CCSBN à photographier ou filmer mon enfant dans le cadre des activités de l'ALSH : OUI NON

Personnes autorisées à chercher l'enfant dès 17 h :

.....

Date :

Signature :

CONSIGNES ET REGLEMENT

Horaires d'ouverture du Centre de loisirs

Le Centre de Loisirs est ouvert : Matin : 9 h-12 h ; Après-midi : 14 h-17 h

Restauration possible : s'inscrire au préalable avant 10h le mercredi matin

Garderie matin : de 7h30 à 9h : 0.50 € la Demi-heure.

Garderie soir : 17h à 18h30 : 0.50 € la 1^{er} Demi-heure

Toute arrivée au-delà de ces heures peut nuire au bon fonctionnement de l'activité en cours. L'horaire d'accueil peut être modifié dans le cas d'une sortie à la journée. Vous seriez donc prévenu.

fonctionnement des inscriptions

Les inscriptions sont obligatoires, y compris la restauration, pour une meilleure gestion de l'encadrement. Les tarifs sont communiqués sur chaque programme d'activités.

Vacances : Les inscriptions commencent les 2 mercredis précédant le début des vacances. La totalité est demandée à l'inscription.

→ *L'inscription n'est pas définitive si le règlement n'est pas versé.*

Les documents à fournir à chaque inscription :

- La fiche d'inscription / règlement intérieur lu et complété
 - La fiche sanitaire complétée et les copies des vaccinations à jour
 - Le règlement de la carte d'adhérent : 6 € l'année scolaire
 - L'aide au temps libre de la C.A.F., et votre n° d'allocationnaire (**impératif**)
 - Moyen de règlement pour l'acompte des vacances (100 % demandés).
- Dans tous les cas, veuillez vous présenter au secrétariat.

Aspect général

L'enfant est tenu de respecter ses camarades, le personnel et le matériel d'activités et de se conformer aux règles de savoir vivre en collectivité.



N° 10008*02

1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE
DE LIAISON

NOM : _____
PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DE 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.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCC					

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	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ANGINE	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"/>	OREILLONS	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
ASTHME	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	MÉDICAMENTEUSES	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>			
ALIMENTAIRES	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	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.

+ microscopiques des vaccinations

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 ? oui non
S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRÉNOM : _____
ADRESSE (pendant le séjour) : _____

TÉL. FIXE (ET PORTABLE) DOMICILE : _____ BUREAU : _____
N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : _____
L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : DE LA CMU D'UNE PRISE EN CHARGE S.S. À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).
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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____
Signature : _____

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

Centre Culturel et Social Bellefont Nord
Avenue des Frères Lumière - 50000 BELFORT

Famille : _____

Responsable légal Père * <input type="checkbox"/> date adhésion : _____ Nom : _____ Prénom : _____ Adresse : _____ Ville, code postal : _____ Tel fixe : _____ Tel portable : _____ e-mail : _____ Tel employeur : _____ Profession : _____ N° sécu : _____ N° CAF : _____ Activités : _____	Responsable légal Mère * <input type="checkbox"/> date adhésion : _____ Nom : _____ Prénom : _____ Adresse : _____ Ville, code postal : _____ Tel fixe : _____ Tel portable : _____ e-mail : _____ Tel employeur : _____ Profession : _____ N° sécu : _____ N° CAF : _____ Activités : _____
--	--

Enfant 1 6€ date adhésion : _____ Nom : _____ Prénom : _____ Date de naiss. : _____ Et. Scolaire : _____ Classe : _____ Activités : _____	Enfant 2 5€ date adhésion : _____ Nom : _____ Prénom : _____ Date de naiss. : _____ Et. Scolaire : _____ Classe : _____ Activités : _____
---	---

Enfant 3 4€ date adhésion : _____ Nom : _____ Prénom : _____ Date de naiss. : _____ Et. Scolaire : _____ Classe : _____ Activités : _____	Enfant 4 3€ date adhésion : _____ Nom : _____ Prénom : _____ Date de naiss. : _____ Et. Scolaire : _____ Classe : _____ Activités : _____
---	---

* Le premier parent adhérent : 8€, le deuxième: 7€