

- ❖ Chaque enfant, quelque soit son âge, inscrit en journée complète, aura un temps de repos après le repas. Nous rappelons qu'un temps de repos ne nécessite pas obligatoirement de dormir. Nous demandons aux enfants de se reposer pendant quelques instants.
- ❖ Lorsqu'il y a du soleil, veuillez munir votre enfant d'une casquette ou d'un chapeau. De même qu'en hiver, veuillez munir l'enfant d'un bonnet, d'une écharpe et d'une paire de gants.

### III. INSCRIPTIONS

Il est important et essentiel d'inscrire votre enfant d'un mercredi sur l'autre auprès du secrétariat, afin que d'une part la cuisine centrale ait l'effectif des repas chaque mercredi à 11h pour la semaine suivante, puis d'autre part que l'effectif ne dépasse pas les 16 enfants par jour.

Les inscriptions pour les vacances scolaires se déroulent les deux mercredis précédents, au secrétariat du Centre Culturel et Social Belfort Nord, tous les jours aux heures de bureau.

**Aucune inscription ne se fera par téléphone, ou par courriel et n'est valable uniquement qu'après versement de la totalité.**

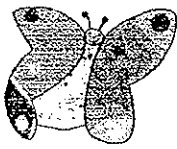
**Toute absence sans certificat médical sera facturée ; dans tous les cas, nous vous prions de prévenir l'équipe d'animation.**

### IV. HORAIRES

- ❖ Le centre de loisirs accueille vos enfants de 7h30 à 18h30 avec restauration. Une garderie payante est mise en place dès 7h30 jusqu'à 9h00 et de 17h00 à 18h30.
- ❖ Si l'enfant ne mange pas au centre de loisirs, il peut arriver à 13h15 **s'il fait la sieste (13h pendant les vacances scolaires)**, ou 14h00 dans tous les autres cas.

**Entre 13h15 et 14h00, aucun accueil ne se fera.**

- ❖ Le centre de loisirs est habilité par Jeunesse & Sport à accueillir les enfants jusqu'à 18h30. Au-delà de cet horaire, votre enfant n'est plus couvert ni par Jeunesse & Sport, ni par le Centre Culturel et Social Belfort Nord. Merci de le prendre en compte et de respecter les horaires !



**Fiche d'inscription  
Centre de loisirs Am Stram Gram**

Prenseignements sur l'enfant

Nom : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Adresse : .....

Classe : .....

Classe : .....

Établissement scolaire : .....

Établissement scolaire : .....

Prenseignements administratifs

Situation :     non allocataire     allocataire     Aide aux temps libres

Numéro de Caisse d'Allocations Familiales : .....

Numéro de sécurité sociale (où est inscrit l'enfant) : .....

Prenseignements sur les parents

Père

Mère

Nom : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Adresse : .....

Profession : .....

Profession : .....

Lieu de travail : .....

Lieu de travail : .....

Téléphone domicile : .....

Téléphone domicile : .....

Téléphone portable : .....

Téléphone portable : .....

Téléphone professionnel : .....

Téléphone professionnel : .....

Mail : .....

Mail : .....



[ N° de service ]

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

I - 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
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Crotillons-Rotigéole	
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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	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 ..... non

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 ÉPILEPTIQUES, HÉPATO-PATHOLOGIE, 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 (PENDANT LE SÉJOUR) .....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE ..... BUREAU .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (ACHATÉ) .....

Je soussigné, ..... responsable légal de l'enfant, déclare avoir 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 : .....

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS

Famille : \_\_\_\_\_

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

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

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