

COMMUNE DE CEPOY

CENTRE D'ACCUEIL DE LOISIRS – JUILLET 2018

Ouvert aux enfants de 4 à 14 ans

FICHE INSCRIPTION INDIVIDUELLE

Clôture des inscriptions : le 29 juin 2018 dernier délai

Nom du chef de famille :

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance de l'enfant : Age de l'enfant : ans

L'enfant restera-t-il à la garderie le matin	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> (1)
L'enfant restera-t-il à la garderie le soir	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
L'enfant sera conduit par la famille au centre	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
L'enfant viendra seul(e) au centre :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
- en vélo	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
- à pied	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

Adresse des parents :

Tél. maison : Tél. travail

Tél. portable :

Ecole fréquentée :

Assurance scolaire 17/18 n°

Ou responsabilité civile n° Nom de la compagnie.....

(Joindre une photocopie de l'assurance).

PROFESSIONS DES PARENTS

Du PERE : de la MERE :

Employeur : Employeur :

Adresse : Adresse :

Tél : Tél :

N° ALLOCATIONS FAMILIALES(a remplir obligatoirement)

Quel est votre régime de Sécurité Sociale ?

- Général

- Particuliers

- M.S.A.

Bénéficiez-vous d'une aide aux vacances : OUI NON

- de la Caisse d'Allocations Familiales OUI NON

- du Comité d'Entreprise OUI NON

- autre (à préciser)..... OUI NON

(1) Cocher la case correspondante.

SEMAINES DE PRESENCE DE L'ENFANT

L'accueil sera ouvert du lundi 09 juillet au vendredi 27 juillet 2018 (1)

Du lundi 09 au vendredi 13 juillet du lundi 16 au vendredi 20 juillet

Du lundi 23 au vendredi 27 juillet

DECHARGE ET AUTORISATION

Je soussigné(e)

Représentant légal de l'enfant :

1°) – AUTORISE mon enfant à participer aux activités du Centre de Loisirs de la Commune de CEPOY, et à être transporté par car ou par minibus.

- activités sportives	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
- activités promenades, sorties, visites	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
- activités piscine	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
- sorties en vélo	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
- autorisation d'aller camper	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Votre enfant possède-t-il le 50 m nage ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

(si oui fournir le certificat).

Mentionner les activités **déconseillées** à votre enfant :

2°) – AUTORISE le responsable à faire donner tous les soins médicaux nécessaires à l'état de mon enfant, et l'hôpital à pratiquer toutes interventions chirurgicales en cas d'urgence.

Renseignements particuliers que la famille souhaite communiquer :

.....
.....
.....

Nom des personnes à prévenir en cas d'accident :

Ou

N° téléphone : Travail Domicile

Portable 1 : Portable 2 :

En cas d'accident grave, l'enfant sera conduit à l'hôpital par les pompiers.

Merci de préciser avec qui le ou les enfant(s) rentre(nt) le soir, sachant qu'une enfant de primaire ne pourra pas récupérer, seul, un enfant de maternelle (sauf autorisation des parents) . Le centre se couvre en cas d'accident. Si le ou les enfant(s) ne parte(nt) pas, le soir, avec la personne désignée dans la fiche d'inscription, celle-ci devra fournir sa carte d'identité ainsi qu'un mot des parents l'autorisant à le(s) récupérer.

A.....

Le.....

Signature (2)

(1) – Cocher la ou les case(s) correspondante(s)

(2) – Faire précéder de la mention « lu et approuvé ».

Annexe – 1 - CALCUL DU QUOTIEN FAMILIAL

QUOTIENT FAMILIAL	par jour	1 enfant	2 enfants	3 enfants
par semaine				
De 0 à 331	3.71 €/j	18.55 €	37.10 €	55.65 €
De 332 à 465	5.56 €/j	27.80 €	55.60 €	83.40 €
De 466 à 599	7.52 €/j	37.60 €	75.20 €	112.80 €
De 600 à 710 inclus	9.89 €/j	49.45 €	98.90 €	148.35 €

ANNEXE 2 – TARIFS

TARIF COMMUNES

SEMAINES	Du 9 au 13	Du 16 au 20	Du 23 au 28	
Pour 1 enfant	70 €	70 €	70 €	
Pour 2 enfants	140 €	140 €	140 €	
Pour 3 enfants	210 €	210 €	210 €	

TARIFS HORS COMMUNES

SEMAINES	Du 9 AU 13	Du 16 au 20	Du 19 au 23
Pour 1 enfant	120 €	120 €	120 €
Pour 2 enfants	240€	240 €	240 €
Pour 3 enfants	360 €	360 €	360 €



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
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ 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**.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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 (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 :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

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

.....
.....
.....

OBSERVATIONS

.....
.....
.....