



# Accueil de Loisirs sans hébergement de CHANTRAINE



**Du lundi 07 Avril au vendredi 11 Avril 2025**

Horaire journalier de 9 h 00 à 17 h 00

Accueil de 7h30 à 9h00 et départ de 17h00 à 18h30

**Date limite d'inscription : Vendredi 28 Mars 2025 dernier délai**

**A fournir : Copie des pages de vaccination du carnet de santé** – pour valider l'inscription, le dossier doit être complet et le paiement règlement effectué.

**Une confirmation d'inscription vous sera adressée par mail au dépôt du dossier.**

	Tarif extérieur	Tarif chantrainois (avec la participation communale)
QF < 700	88 €	66 €
QF > 700	100 €	78 €
<b>L'ENFANT</b>		
Nom :	Prénom :	
Date de naissance :	Sexe : Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/>	
Classe :		
Adresse :		
N° :	Voie :	
CP :	Ville :	
Repas sans porc : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON (en cas de non-réponse, le régime avec porc sera donné)		
Repas sans viande : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
<b>RESPONSABLES LEGAUX</b>		
Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre : .....	Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre : .....	
NOM :	NOM :	
Prénom :	Prénom :	
Adresse (si différente de l'enfant)		
N° rue :	N° rue :	
Code postal :	Code postal :	
Ville :	Ville :	
Tel Portable :	Tel Portable :	
Tel Prof :	Tel Prof :	
Mail :	Mail :	
<b>RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS</b>		
<b>Règlement à l'inscription</b> : Chèque (ordre : RR Chantraine ALSH), Chèque vacances, bons CAF, virement bancaire (demander un RIB à la mairie)		
Nom et adresse de la mutuelle :		
N° contrat :	N° allocataire :	
Nom du médecin traitant :	tel :	
<b>PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE</b>		
Nom :	Nom :	
Prénom :	Prénom :	
Lien de parenté :	Lien de parenté :	
Tél :	Tel :	
Nom :	Nom :	
Prénom :	Prénom :	
Lien de parenté :	Lien de parenté :	

Tél :	Tél :									
<b>AUTORISATION PHOTOS / VIDEOS</b>										
Je soussigné(e) : _____ père, mère, tuteur de _____, autorise l'équipe d'animation, à filmer, prendre des photos de mon enfant lors de la pratique d'activités mises en place par l'accueil de Loisirs de Chantraine. Ces images pourront être diffusées sur différents supports (presse, site internet, l'écho de Chantraine...). <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non										
<b>AUTORISATION DE SORTIE</b>										
Je soussigné(e) _____ autorise mon enfant : _____ <ul style="list-style-type: none"> <li>- à repartir seul à la maison : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</li> <li>- à repartir avec les personnes désignées ci-dessous :</li> </ul> Nom et prénom : _____ lien avec l'enfant : _____ Nom et prénom : _____ lien avec l'enfant : _____ Nom et prénom : _____ lien avec l'enfant : _____ Nom et prénom : _____ lien avec l'enfant : _____										
<b>RENSEIGNEMENTS MEDICAUX</b>										
<b>VACCINS OBLIGATOIRES</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>DATE DES DERNIERS RAPPELS</b>	<b>VACCINS RECOMANDES</b>	<b>DATES</b>					
Diptérie				Hépatite B						
Tétanos				Rubéole/Oreillons/Rougeole						
Poliomyélite				Coqueluche						
<b>Ou</b> DT Polio				BCG						
<b>Ou</b> Tétracoq				Autres (à préciser) :						
				.....						
<b>Pendant l'accueil</b> , l'enfant suit-il un traitement médical ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>										
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.										
<b>L'enfant a -t-il eu les maladies suivantes ?</b>										
	Mal des transports	Varicelle	Rubéole	Rhumatismes	Scarlatine	Coqueluche	Otites	Angine	Rougeole	Oreillons
OUI										
NON										
<b>Allergies :</b> Médicamenteuse : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Alimentaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Asthme : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Autres : .....										
<b>Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir</b> (si automédication, le signaler) :										
<b>Indiquer les autres difficultés de santé :</b> (maladie, accident, hospitalisation, etc.) en précisant les dates et précautions à prendre :										
<b>Recommandations utiles des parents :</b> (port de lunettes, lentilles, prothèses, etc).										

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_ 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 du responsable :  
(obligatoire)