

Accueil de Loisirs sans hébergement de CHANTRAINE



Du lundi 22 au vendredi 26 février 2021

Horaire journalier de 9 h 00 à 17 h 00

Accueil de 7 h 30 à 9 h 00 et départ de 17 h 00 à 18 h 30



Date limite d'inscription : 12 février dernier délai

Pour valider l'inscription, le dossier doit être COMPLET et le paiement effectué.

| | tarif extérieur | tarif chantrainois (avec la participation communale) |
|-----------------------------|-----------------|---|
| du 22 au 26 février 2021 | 87 € | 70 € |

Veillez entourer votre/vos choix.

Règlement à l'inscription par : espèces, chèque bancaire, chèque postal, chèques vacances.

Repas sans porc : oui non (en cas de non-réponse, le régime avec porc sera donné)

Aucun repas halal ne pourra être prévu.

Pour le tarif préférentiel (QF<700), merci de se renseigner en mairie.

Allocations familiales (caisse des Vosges) N° d'allocataire :

Documents complémentaires à fournir :

Obligatoires : Copie de la page vaccinations du carnet de santé + Fiche sanitaire de liaison

Autres documents remis : bons CAF, demande subvention communale, aide employeur, autres

AUTORISATION PHOTOS/VIDEOS

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, etc.)

oui non

FICHE D'ADHESION CONCERNANT L'ENFANT

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :

Adresse :

.....

.....

Code postal : Ville :

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

Nom du père : Nom de la mère :

Prénom du père : Prénom de la mère :

Tél. personnel : Tél. personnel :

Tél. portable : Tél. portable :

Employeur : Employeur :

Tél. professionnel : Tél. professionnel :

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom, prénom et lien de parenté :

N° de tél. :

Nom, prénom et lien de parenté :

N° de tél. :

Nom, prénom et lien de parenté :

N° de tél. :

AUTORISATION DE SORTIE :

Je soussigné (e) :

autorise mon enfant :

- à repartir seul à la maison à la fin de la journée oui non

- à repartir avec les personnes désignées ci-dessous :

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 :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT :

Nom :

garçon

Prénom :

fille

Date de naissance :/...../.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

VACCINATIONS : *se reporter au carnet de santé*

| VACCINS OBLIGATOIRES | Oui | Non | DATE DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDES | DATES |
|-----------------------------|------------|------------|----------------------------------|----------------------------|--------------|
| Diphtérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole/Oreillons/Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| Ou DT Polio | | | | BCG | |
| Ou Tétracoq | | | | Autres (à préciser) : | |
| | | | | | |

La copie de la page vaccinations du carnet de santé est obligatoire.

Pendant l'accueil, l'enfant suit-il un traitement médical ? 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 eu les maladies suivantes ?

| | Mal des transports | Varicelle | Rubéole | Rhumatismes | Scarlatine | Coqueluche | Otite | Angine | Rougeole | Oreillons |
|-----|--------------------|-----------|---------|-------------|------------|------------|-------|--------|----------|-----------|
| OUI | | | | | | | | | | |
| NON | | | | | | | | | | |

Allergies :

Médicamenteuse : Oui Non Alimentaire : Oui Non

Asthme : Oui Non Autres :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

.....

.....

.....

Indiquez ici les autres difficultés de santé (maladie, accident, hospitalisation, etc.) en précisant les dates et précautions à prendre :

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

Recommandations utiles des parents : (port de lunettes, lentilles, prothèses, etc.)

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

RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. domicile : Tél. portable : Tél. bureau :

Nom et adresse de la mutuelle :

.....

N° de contrat :

Nom du médecin traitant (facultatif) :

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)**