



DOSSIER D'INSCRIPTION AU CENTRE DE LOISIRS 2019-2020



Mairie d'Armissan
04 68 45 33 41
mairie.armissan@wanadoo.fr

Dossier d'inscription à retourner au plus tôt dûment complété et accompagné des justificatifs demandés, à la Mairie d'Armissan. Info facturation : l'adresse de l'enfant sera celle de facturation. Une seule facture par enfant à terme échu. L'envoi par mail sera privilégié.

Fiche de renseignements

ENFANT

NOM : Prénom :
Né(e) le à
Sexe : Féminin Masculin
Tél domicile :
Adresse de l'enfant :
.....

PERE

NOM :
Prénom :
Tél domicile :
Tél portable :
Tél travail :
Adresse mail :
Adresse postale :
Situation familiale :
Autorité parentale : Oui Non
J'autorise les représentants de la Mairie d'ARMISSAN à
consulter mon quotient familial sur le site de la CAF :
Oui Non

N° de sécurité sociale du représentant légal :
Caisse de :

Percevez-vous des allocations familiales : Oui Non
N° allocataire :
Caisse de :

Coordonnées du médecin traitant

Nom du médecin :
Adresse :

MERE

NOM :
Prénom :
Tél domicile :
Tél portable :
Tél travail :
Adresse mail :
Adresse postale :
Situation familiale :
Autorité parentale : Oui Non
J'autorise les représentants de la Mairie d'ARMISSAN à
consulter mon quotient familial sur le site de la CAF :
Oui Non

Téléphone :

Personnes à contacter en cas d'urgences et autorisées à prendre en charge l'enfant

Il est recommandé de présenter ces personnes au préalable. L'enfant sera remis à la personne désignée sur présentation obligatoire d'une pièce d'identité. Il est vivement conseillé de prévenir les agents de la Mairie par téléphone en cas d'imprévu.

	NOM	PRENOM	TELEPHONE	LIEN AVEC L'ENFANT (Ami, Grands-parents, Assistante Maternelle ...)
1				
2				
3				
4				
5				

Fait à :

Le :

Signature(s) :

Autorisation de sortie

J'autorise mon enfant, NOMPrénom

à quitter seul le centre de loisirs àh.....

Je soussigné(e) assume la pleine et entière responsabilité de cette demande et décharge la Mairie de toute responsabilité en cas de problème survenant après la sortie de l'enfant.

Fait à :

Le :

Signature(s) :

Autorisation de la publication de l'image de mon enfant

Je soussigné(e),

Représentant légal de mon enfant :

Autorise la Mairie d'Armissan à utiliser à titre gratuit et à des fins professionnelles les images (photos et films) de mon enfant prises lors des activités.

Fait à :

Le :

Signature(s) :

Autorisation prise en charge

Je soussigné(e),

Représentant légal de mon enfant :

Autorise les responsables à prendre toutes les dispositions médicales nécessaires en cas de problème de santé durant les activités notamment l'hospitalisation de mon enfant et la pratique d'une anesthésie générale,

Fait à :

Le :

Signature(s) :

Fiche d'inscription

Garderie 7h30-9h	Mercredi matin 9h-12h départ avant 12h30	Mercredi matin avec repas départ à partir de 13h30	Mercredi après-midi 14h-17h	Garderie soir 17h-18h30
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Toutes les modifications d'inscription devront se faire au plus tard le mercredi 12h pour la semaine suivante. Elles se feront exclusivement par écrit. Les courriels sont à privilégier mairie.armissan@wanadoo.fr

Pièces à joindre au dossier

- Attestation d'assurance responsabilité civile 2019/2020
- Certificat Médical d'aptitude à la pratique de l'ensemble des activités physiques
- Attestation CAF ou MSA précisant le quotient familial

Les tarifs

	Quotient Familial	Tarif horaire ALSH
T1	0 à 500	0,75 €
T2	501 à 700	0,90 €
T3	701 à 900	1,05 €
T4	901 à 1200	1,20 €
T5	1201 et plus	1,50 €

Attestation sur l'honneur

Je soussigné(e),

Représentant légal de mon enfant :

- Autorise mon enfant à participer aux activités du centre de loisirs.
- M'engage à payer les frais
- Autorise le Centre de Loisirs à faire transporter mon enfant pour les besoins des activités du Centre de Loisirs par des moyens de transport (car, bus).
- Atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir la Mairie de tout changement éventuel (adresse, problème de santé, situation familiale ...)
- Reconnaît avoir pris connaissance du règlement intérieur et déclare approuver son contenu et m'engage à m'y conformer
- Reconnaît avoir pris connaissance que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion administrative et pédagogique des élèves.

Conformément à la loi «informatique et libertés» du 6 janvier 1978 modifié en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la Mairie d'Armissan.

Fait à :

Le :

Signature(s) :



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 DÉMURIR 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	DATES DES DERNIERS RAPPELS		VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non		
Diphtérie			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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ		SCARLATINE	
			OUI	NON	OUI	NON
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"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS			
			OUI	NON	OUI	NON
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"/>	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.....

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...

.....

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

.....

