



DOSSIER D'INSCRIPTION CENTRE DE LOISIRS

PRINTEMPS 2020 (du mardi 14 au vendredi 17 Avril 2020)

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

Dossier à compléter et à remettre en Mairie d'Armissan au plus tard le mercredi 25 mars 2020.

**Le règlement (sans garderie) est à effectuer à l'inscription. La garderie sera facturée à l'issue du centre de loisirs.
Toute inscription est DEFINITIVE**

Si votre enfant est déjà inscrit à la Garderie – Cantine ou au Centre de Loisirs pour l'année scolaire 2019-2020 et qu'aucune modification n'est à apporter à son dossier, veuillez uniquement remplir le cadre « enfant » ci-dessous et compléter l'attestation sur l'honneur en p.3 du dossier.

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

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

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 :

Téléphone :

Adresse :

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) :

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

Tarifs journée de 9h à 17h (sans garderie)

TRANCHE	Quotient Familial CAF	TARIF HORAIRE	Tarif Semaine 4 jours
T1	0 à 500	0,75 €	24 €
T2	501 à 700	0,90 €	28.80 €
T3	701 à 900	1,05 €	33.60 €
T4	901 à 1200	1,20 €	38.40 €
T5	1201 et plus	1,50 €	48 €

Tarifs garderie matin et/ou soir PAR JOUR

TRANCHE	TARIF A L'HEURE	GARDERIE DU MATIN	GARDERIE DU SOIR	GARDERIE MATIN ET SOIR
T1	0,75 €	1,13 €	1,13 €	2,25 €
T2	0,90 €	1,35 €	1,35 €	2,70 €
T3	1,05 €	1,58 €	1,58 €	3,15 €
T4	1,20 €	1,80 €	1,80 €	3,60 €
T5	1,50 €	2,25 €	2,25 €	4,50 €

Attestation sur l'honneur

Je soussigné(e),

Représentant légal de mon enfant :

- Autorise mon enfant à participer aux activités du centre de loisirs pour la semaine du 14 au 17 Avril 2020
- 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 ...)
- Reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et déclare approuver son contenu et m'engage à m'y conformer
- Reconnais 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 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	DATES DES DERNIERS RAPPELS		VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non		
Diphthérie			Hépatite B	
Tétanos			Rubéole-Orillons-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	
<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"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE		ORBILIONS		
		OUI	NON	OUI	NON	OUI
<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	

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

VOIRE 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
exactes 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

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