



## DOSSIER D'INSCRIPTION CENTRE DE LOISIRS

TOUSSAINT 2020 (du lundi 19 au vendredi 23 Octobre 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 vendredi 9 octobre 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 2020-2021 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.**

**Dans le contexte sanitaire actuel, le centre de loisirs peut être amené à modifier ses modalités d'accueil.**

**Dans ce cas, les familles seront informées dans les plus brefs délais.**

### 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 :

Profession du père :

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 :

Profession de la mère :

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, NOM .....Prénom .....

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

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 2020/2021
- Certificat Médical d'aptitude à la pratique de l'ensemble des activités physiques
- Attestation CAF ou MSA précisant le quotient familial
- Copie du Carnet de santé (pages des vaccins)

## Les tarifs

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

TRANCHE	Quotient Familial CAF	TARIF HORAIRE	Tarif Semaine 5 jours
T1	0 à 500	0,75 €	30 €
T2	501 à 700	0,90 €	36 €
T3	701 à 900	1,05 €	42 €
T4	901 à 1200	1,20 €	48 €
T5	1201 et plus	1,50 €	60 €

### 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
- 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) :



1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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).

Table with 4 columns: Vaccins obligatoires, Dates des derniers rappels, Vaccins recommandés, Dates. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyéélite, etc.

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 ?

Table for medical history with columns for Rubéole, Varicelle, Angine, Rhumatisme articulaire-aigu, Scarlatine, etc.

ALLERGIES : ASTHME ALIMENTAIRES MÉDICAMENTEUSES 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, 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