



(A remplir obligatoirement avant fréquentation, pour chaque enfant)

Enfant à inscrire

NOM : Sexe : F M

Prénom :

Date de naissance : ____ / ____ / _____ M

Adresse :

.....

.....

Ecole :

Classe :

Activités

<input type="checkbox"/> Accueil de Loisirs - Mercredi	<input type="checkbox"/> Basse
<input type="checkbox"/> - Vacances	<input type="checkbox"/> Batterie
<input type="checkbox"/> Accompagnement à la scolarité	<input type="checkbox"/> Chant
<input type="checkbox"/> Baby Sport	<input type="checkbox"/> Guitare Classique
<input type="checkbox"/> Eveil Basket	<input type="checkbox"/> Guitare Electrique
<input type="checkbox"/> Danse Classique	<input type="checkbox"/> Musique en groupe
<input type="checkbox"/> Danse Modern'Jazz	<input type="checkbox"/> Multimédia
<input type="checkbox"/> Danses Urbaines	<input type="checkbox"/> Vidéo - WebTV
	<input type="checkbox"/> Théâtre

Parents ou personnes ayant la responsabilité de l'enfant

Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse (si différente) :	Adresse (si différente) :
.....
Téléphone domicile:	Téléphone domicile:
Téléphone portable:	Téléphone portable:
Mail :@.....	Mail :@.....

Accueil de Loisirs et Pédibus

Pedibus : prise en charge à la sortie de l'école

Ateliers du soir : Villeneuve Saint Joseph Colombier

Mercredi midi : Villeneuve

Centre de Loisirs :

Mercredis : Occasionnel Matin Après-midi Journée entière Repas

Vacances : Automne Noël Hiver Printemps Eté

Etes-vous allocataire : CAF MSA Autre (préciser) :

Numéro d'allocataire obligatoire : Quotient familial : Tranche : T1 T2 T3 T4 T5

Tarif établi selon le quotient familial. Pour toute inscription au Centre de loisirs et en cas de changement de situation en cours d'année joindre obligatoirement un justificatif de quotient familial

Autorisez-vous le directeur/la directrice à consulter votre dossier sur le site de CafPro oui non

Numéro de Sécurité Sociale auquel est rattaché l'enfant : ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | - | ____ |

Ateliers

Activités : Lundi : Heure : Jeudi : Heure :

Mardi : Heure : Vendredi : Heure :

Mercredi : Heure : Samedi : Heure :

Activité sportive, date du certificat médical : ____ / ____ / _____

Règlement

Déjà inscrit au Cercle Paul Bert : Activité Section

Cotisation annuelle de l'activité : € (adhésion incluse)

Cotisation annuelle de l'activité : €

Réduction : €

Option : Musique en groupe : €

Montant total : €

Règlement : Chèques Espèces Chèques-vacances Autre :

Nombre de Chèques : Date du paiement : ____ / ____ / _____ Banque :

N° Nom du payeur Montant €

N° Nom du payeur Montant €

N° Nom du payeur Montant €

Renseignements complémentaires

Pour l'inscription au Centre de Loisirs et au Pédibus joindre la fiche sanitaire de liaison

Allergies > Alimentaires Précisez :
> Médicamenteuses Précisez :

Votre enfant a besoin d'un accompagnement spécifique : Précisez :

Votre enfant a besoin d'un accompagnement médical : (Diabète, hémophilie, asthme, etc)

Précisez :

Autre :

En cas d'urgence

Personnes à contacter autres que les parents ou responsables légaux

Nom, Prénom : Téléphone :

Nom, Prénom : Téléphone :

Nom, Prénom : Téléphone :

Autorisations diverses

1 - Arrivée-Départ

Votre enfant se rend-il seul à l'accueil de loisirs ou aux activités ? Oui Non

Votre enfant rentre-t-il seul à son domicile après ses activités ? Oui Non

Si oui, précisez l'heure de départ.....

Si non, noter les personnes autorisées à venir chercher l'enfant en dehors des responsables légaux

Nom, Prénom : Téléphone :

Nom, Prénom : Téléphone :

Nom, Prénom : Téléphone :

Nota : Toute modification des conditions de départ de votre enfant doit être obligatoirement signalée par écrit.

Les enfants ne sont plus sous la responsabilité du Cercle Paul Bert après avoir quitté l'établissement.

Nous vous demandons de bien vouloir prévenir l'animateur ou le secrétariat en cas d'absence de votre enfant.

2 - Baignade / activités sportives du Centre de Loisirs :

J'autorise mon enfant à participer aux activités piscine ou bain surveillé : Oui Non

J'autorise mon enfant à participer aux activités sportives proposées : Oui Non

3 - Droit à l'image

J'autorise le Cercle Paul Bert Ginguéné à prendre mon enfant en photo durant les activités : Oui Non

J'autorise le Cercle Paul Bert Ginguéné à diffuser l'image de mon enfant pour illustrer ou présenter les projets des enfants ou du Cercle Paul Bert : Oui Non

4 - Soins

J'autorise le Directeur à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'urgence : Oui Non

En cas d'accident grave, l'équipe d'animation a pour consigne de prévenir immédiatement les pompiers et d'avertir les parents ou les personnes indiquées. En cas d'accident bénin les parents ou personnes indiquées sont consultées pour prendre les décisions utiles au bien être de l'enfant. Aucun médicament ne sera administré sans ordonnance.

Je, soussigné(e) (Nom, Prénom)

responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement, des modalités d'accueil et de transfert de garde, des modalités d'assurances de l'association Cercle Paul Bert.

Date : ____ / ____ / _____

Signature :

Pièces à fournir

- La fiche de renseignements remplie et signée
- La photo d'identité pour toute nouvelle inscription
- Pour toute inscription au Centre de Loisirs y compris Pédibus, une fiche sanitaire de liaison, une copie du carnet de vaccination et un justificatif de quotient familial
- Un certificat médical pour toute première inscription à une activité sportive (Baby sport, Eveil Basket, Danses)
Certificat valable trois ans en cas de renouvellement
- Le règlement de l'adhésion au Cercle Paul Bert et de la cotisation correspondant à l'activité

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS PRIS EN COMPTE ! Merci de votre compréhension

FICHE SANITAIRE de LIAISON
Document confidentiel
(à transmettre sous enveloppe cachetée)

NOM DU MINEUR : /

PRENOM : /

DATE DE NAISSANCE : / / / / / / / / **SEXE :** M F

DATES ET LIEU DU SEJOUR

.....

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour du mineur (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article L. 227-4 du code de l'action sociale et des familles) ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour.

1. **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	Oui	Non			
Diptérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2. **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR**

Poids : Taille :
 (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
MEDICAMENTEUSES oui non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) oui non

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ?
oui non

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

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne,...

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

4. RESPONSABLE DU MINEUR

NOM **PRENOM**

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR)

.....
.....

TEL DOMICILE : **TEL. TRAVAIL :**

TEL PORTABLE :

NOM et TEL. du MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e),....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date et signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR ET A RETOURNER A LA FAMILLE EN FIN DE SEJOUR

COORDONNEES de l'ORGANISATEUR du SEJOUR :

.....
.....

OBSERVATIONS :

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