DEPART DE L'ENFANT

Votre enfant rentrera-t-il seul ?

☐ Oui ☐ Non

Si non, avec qui l'enfant peut-il partir ? (Vous pouvez indiquer plusieurs personnes)
Noms, Prénoms : .....

.....

.....

.....

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné (e) M., Mme, Melle .....

☐ Autorise

☐ N'autorise pas

l'équipe d'animation à filmer ou photographier mon enfant pour réaliser un film ou une exposition utilisée exclusivement à des fins pédagogiques.

Date : Signature :

REMARQUES (absence ponctuelle - journée ou demi-journée - au cours du centre)

.....

.....

.....

Mairie de Glisy – 8 rue Neuve - 80440 GLISY
Tél 03.22.38.10.38 Fax 03.22.38.12.01 Courriel : mairie@ville-glisy.fr
Ouverture au public : lundi 10h à 12h et 18h à 19h, mercredi 14h à 19h, vendredi de 14h à 16h et 18h à 19h

Inscription pour les familles de Glisy du 13 mars au 22 mars (période préférentielle) et jusqu'au 02 avril, date limite.

ACCUEIL DE LOISIRS

DOSSIER D'INSCRIPTION

du 22 au 26 avril 2024

A retourner en mairie pour le 22 Mars et jusqu'au 02 Avril 2024 17h00

L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Age : .....

Sexe : M ☐ F ☐

Ecole : ..... Classe : .....

QUALITE DU RESPONSABLE LEGAL

Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐

Nom et Prénom du responsable légal : .....

Adresse : .....

Code postal et ville : .....

Téléphone fixe : .....

Portable (s) : .....

Adresse mail : .....

Père : (Nom /Prénom)	Mère : (Nom/Prénom) .....
Profession	Profession .....
Adresse et lieu de travail	Adresse et lieu de travail .....
Téléphone du lieu de travail	Téléphone du lieu de travail .....

EN CAS D'URGENCE ET PARENTS ABSENTS, PERSONNE A PREVENIR

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

PIECES A FOURNIR :

- *Copie des vaccins à jour*
- *Fiche médicale remplie (ci-jointe)*
- *Justificatif du quotient familial*
- *Règlement de 37.50 € pour la semaine à l'ordre du trésor public*

N° de sécurité sociale : .....

Régime d'allocations familiales : .....

C.A.F ☐ M.S.A ☐ Autres ☐ : précisez : .....

N° d'allocataire (indispensable) : .....

Adresse de la caisse d'allocations : .....

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE

Nom : .....

N° de la police d'assurances : .....

MUTUELLE : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Sans ces documents, l'inscription de votre enfant ne sera pas prise en compte.
Toute inscription sera définitive et due, seul le certificat médical permettra un remboursement.

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ❑ FILLE ❑

DATES ET LIEU DE 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.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyelite				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 AIGU	SCARLATINE
OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑

COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS
OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ 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 PARÉCISANT 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.

_____

_____

_____

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui ❑ non ❑

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE REGLEE ? oui ❑ non ❑

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRENOM: _____

ADRESSE (pendant le séjour) :

_____

_____

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : _____

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : ❑ DE LA CMU
❑ D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____ Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

_____

_____

_____