

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 :

REMARQUE :

.....



Accueil de loisirs

DOSSIER D'INSCRIPTION

Période du 21 au 25 octobre 2024

Tarif : 37,50 €

Pour les enfants de GLISY



A retourner en mairie pour le 04 octobre 2024

Mairie de Glisy – 8 rue Neuve - 80440 GLISY

Tél : 03.22.38.10.38 - Courriel : mairie@ville-glisy.fr

Ouverture au public : 8h 30 / 12h et 14h / 17h, fermé vendredi après-midi

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
- > CAF 2023
- > Fiche médicale remplie (ci-jointe)
- > Justificatif du quotient familial
- > Règlement par chèque à l'ordre du trésor public

N° de sécurité sociale :.....
Régime d'allocations familiales :.....
C.A.F <input type="checkbox"/> M.S.A <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> : 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.*



MINISTRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



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	
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 AIGU	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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... PRÉCISEZ.

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

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

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

NOM : _____ PRÉNOM : _____

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

