

Accueil de Loisirs de Vers sur Selle



INSCRIPTION



NOM : PRENOM : AGE:

Pour le bon fonctionnement du centre, il est important de remplir le plus fidèlement possible cette partie pour nous permettre de prévoir le nombre d'encadrant nécessaire

Mon enfant sera présent sur le centre (Cocher les cases correspondantes):

INSCRIPTION ACTIVITES ET CANTINE AU CENTRE

Semaine 1 :
(du 07 au 08 juillet 2016)

Semaine 2 :
(du 11 au 15 juillet 2016)

Semaine 3 :
(du 18 au 22 juillet 2016)

Semaine 4 :
(du 25 au 29 juillet 2016)

	Activité à la semaine	Cantine	Garderie
	<input type="checkbox"/>	J V <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Matin Soir Parfois <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	L M M J V <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Matin Soir Parfois <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	L M M J V <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Matin Soir Parfois <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	L M M J V <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Matin Soir Parfois <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Lors de sortie pique nique, votre enfant prendra :

- Le repas de la cantine
- Le repas de la maison

ACTE D'ENGAGEMENT :

Je soussigné (e)
responsable de l'enfant

déclare avoir pris connaissance des conditions de fonctionnement du Centre de Loisirs organisé par la Mairie de Vers sur Selle et les PEP 80 et autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées par les organisateurs et décharge ces derniers de toute responsabilité en cas d'accident pouvant survenir avant ou après les heures d'ouverture ou de fermeture du centre ; autorise également les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales...).

De même, j'autorise / n'autorise pas (1) l'accueil à prendre des photographies ou des images vidéos de mon enfant dans le seul but de promouvoir le centre ou pour diffuser lors de manifestations et sur le site internet de la commune de Vers sur Selle dans la rubrique liées aux activités du centre.

J'autorise / n'autorise pas (1) la commune de Vers sur Selle à prendre connaissance des informations de CAF -PRO (carte loisirs de la Caf)



àle / /2016
Signature du responsable légal de l'enfant
à faire précéder de la mention « lu et approuvé »

FORMULAIRE D'INSCRIPTION AUX ACCUEILS DE LOISIRS VERS/SELLE 2016

Prière de remplir UN formulaire par enfant et le retourner au plus tard le 1er jour de participation de votre enfant

RUBRIQUE A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

NOM : _____ Prénom de l'enfant: _____		né(e) le ___ / ___ / ___
Adresse (complète) : _____ □ □ □ □ □		à _____
Téléphone : □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □		âge <input type="text"/> ans
E-mail : _____		Groupe : <input type="text"/> <small>Réservé au centre</small>
Nom et numéro d'assurance de l'enfant : <input type="text"/>		

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Votre enfant a-t-il eu (1)

* des maladies infectieuses		* des maladies chroniques	
- scarlatine	oui - non	- asthme	oui - non
- oreillons	oui - non	- épilepsie	oui - non
- coqueluche	oui - non	- otites	oui - non
- rougeole	oui - non		
- rubéole	oui - non		
- varicelle	oui - non	(1) rayer la mention inutile	

** si oui, a-t-il actuellement un traitement quotidien et lequel ?*

Votre enfant a-t-il subi des interventions chirurgicales ?

*** lesquelles ?**

*** dates des opérations ?**

D O S S I E R

Votre enfant est-il allergique ? * si oui, précisez (médicaments, animaux...):

Votre enfant suit-il un régime alimentaire spécifique ?


*** si oui, précisez :**

M E D I C A L

En cas d'animations et de jeux d'eau, votre enfant porte-t-il :

* des drains dans les oreilles ?	oui - non
* des lunettes ?	oui - non
* des lentilles de contact ?	oui - non

Nom et adresse du médecin traitant : _____

Tél. : □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ 

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

Remplir obligatoirement toutes les rubriques (merci)

Renseignements	Le Père	La Mère	
Nom - Prénom			Mon enfant bénéficiera t'il de la carte loisirs : CAF MSA <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non <i>(si oui : nous en faire une copie)</i>
Né(e) le :			
Profession			
N° de téléphone de l'employeur			En cas d'urgence pendant les heures d'ouverture du centre, la personne à prévenir est : Nom : _____ Prénom : _____ Téléphone : <input type="text"/>
N° Sécurité Sociale			
Êtes-vous allocataire de :	Caisse de:		
la CAF ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non n° d'allocataire : <input type="text"/>			
la MSA ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non n° d'allocataire : <input type="text"/>			
si non préciser (Maritime, autres) : <input type="text"/>			

Ces informations restent uniquement à usage professionnel et ne seront en aucune façon diffusées.



Sortie du Centre



Je soussigné(e) M, Mme ⁽¹⁾ _____

Responsable légal de l'enfant _____

L'autorise à rentrer seul à 16h40 après les TAP

L'autorise à rentrer seul à partirh..... (lors de l'ALSH)

Nous viendrons le rechercher tous les jours.

Autorise, les personnes suivantes à reprendre mon enfant :

M., Mme, Melle ⁽¹⁾ _____

M., Mme, Melle ⁽¹⁾ _____

M., Mme, Melle ⁽¹⁾ _____

ACTE D'ENGAGEMENT :

Je soussigné(e) _____
responsable de l'enfant _____

déclare avoir pris connaissance des conditions de fonctionnement de l'accueil de Loisirs organisé par la Mairie de Vers sur Selle et les PEP 80, et autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées par les organisateurs et décharge ces derniers de toute responsabilité en cas d'accident pouvant survenir avant ou après les heures d'ouverture ou de fermeture du centre ; autorise également les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales...).

De même, j'autorise / n'autorise pas (1) l'accueil à prendre des photographies ou des images vidéos de mon enfant dans le seul but de promouvoir le centre ou pour diffuser lors de manifestations et sur le site internet de la commune de Vers sur Selle dans la rubrique liées aux activités du centre.

J'autorise / n'autorise pas (1) la commune de Vers sur Selle à prendre connaissance des informations de CAF -PRO (carte loisirs de la Caf)

A FOURNIR:

- certificat médical
- photocopie des vaccins à jour
- photocopie de l'attestation d'assurance
- justificatif de domicile

Si vous en bénéficiez

- avis non imposition 2015

Dossier complet le _____

à le / / 2016

Signature du responsable légal de l'enfant
à faire précéder de la mention « lu et approuvé »

