

# FICHE D'INSCRIPTION

Accueil de loisirs - Été 2024

Pièces à fournir :  Carnet de Santé  Attestation d'Assurance

## Juillet : du lundi 8 juillet au vendredi 26 juillet 2024

- Pierre Sémard 3 / 6 ans  
 Grands Arbres 6 / 15 ans

## Août : du lundi 29 Juillet au vendredi 23 août 2024

- Pierre Sémard 3 / 6 ans  
 Grands Arbres 6 / 15 ans *réserve au service*

### ❖ Responsable 1

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CP \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

☎ \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

☎ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### Responsable Légal

Tél employeur \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

N° alloc CAF \_\_\_\_\_

### ➤ Situation familiale des parents

- Célibataire  Marié(e)s  Pacsé(e)s  Union Libre  
 Divorcé(e)s  Séparé(e)s  Veuf (ve)

En cas de divorce ou de séparation, le droit de visite est-il accordé à l'autre parent ?

- oui  non (fournir le jugement refusant ce droit)

### ○ Cas de garde exclusive (fournir le jugement)

Nom et Prénom du responsable légal exerçant la garde : \_\_\_\_\_

J'autorise la Commune de Saint Pierre des Corps à transmettre mon attestation d'Assurance à l'autre partie en cas d'accident survenu sur les temps périscolaire et extrascolaire impliquant mon enfant.

J'autorise mon enfant à utiliser tous types de transports en commun dans le cadre des activités

J'autorise les prises de vue de mon enfant et la diffusion de photos, enregistrements vidéo et sonores

J'autorise le (la) directeur(trice) à faire soigner, hospitaliser ou prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence

## Identité de l'enfant

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Sexe Féminin Masculin

### Ecole où l'enfant est scolarisé

\_\_\_\_\_

Niveau \_\_\_\_\_

### ❖ Responsable 2

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CP \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

☎ \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

☎ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### Responsable Légal

Tél employeur \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

N° alloc CAF \_\_\_\_\_

### 1. Personnes à prévenir en cas d'urgence

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Qualité \_\_\_\_\_

☎ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Qualité \_\_\_\_\_

☎ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

J'autorise mon enfant à venir seul et à repartir seul du centre ou de l'arrêt de bus

J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant sur le centre et / ou à l'arrêt de bus (+ de 15 ans)

Nom .....

Qualité .....

Nom .....

Qualité .....

## ACCUEIL DE LOISIRS

Pierre Sémard

Grands Arbres

**Période(s) d'inscription :** entourez les jours et précisez la formule ci-dessous (1 seule formule / semaine)

été		Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Formule*
juillet	Semaine 1	8	9	10	11	12	
	Semaine 2	15	16	17	18	19	
	Semaine 3	22	23	24	25	26	
août	Semaine 4	29	30	31	1	2	
	Semaine 5	5	6	7	8	9	
	Semaine 6	12	13	14	15	16	
	Semaine 7	19	20	21	22	23	

**\* Formules :**

n°1 journée	8h00/18h00
n°2 demi-journée	8h00/12h00
n°3 avec repas	départ 13h00
n°4 demi-journée AM	13H30/18H30
n°5 demi-journée repas	arrivée 12h00

**Possibilité d'inscription pour le lundi 26 et mardi 27 août uniquement à la journée sous réserve de place (se rapprocher du secrétariat de l'Espace Famille).**

Accueil matin à partir de 7h30 (pour les Grands Arbres accueil sur Pierre Sémard)

Accueil soir jusqu'à 18h30 sur chacun des accueils de loisirs

**BUS:** Présences des animateurs à partir de 8h20 et le soir jusqu'à 17h30

**DEPART 8H30**

**RETOUR** à partir de 17h

**Information :** L'enfant présent à l'arrêt de bus après 17h30 sera ramené sur l'accueil de loisirs. Les parents devront venir chercher leur enfant sur l'accueil.

**Choix ARRET DE BUS :**

Val Fleuri (Rue de l'Eridence)

République (devant la bibliothèque)  
Rue Henri Barbusse

Pierre Sémard (côté accueil de loisirs) Rue André Marteau

**Renseignements médicaux :**

➤ **Vaccins obligatoires**

- Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite-Coqueluche-Haemophilus influenzae b

Dernier rappel : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

➤ **Vaccins recommandés :**

- Hépatite B
- Rubéole Oreillons Rougeole
- BCG
- Autres Précisez .....

Dernier rappel : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dernier rappel : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dernier rappel : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dernier rappel : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Votre enfant a déjà eu les maladies suivantes *Cochez la case correspondante*

Rubéole

Varicelle

Scarlatine

Oreillons

Coqueluche

Otite

Votre enfant présente une allergie ou un risque de réactions allergiques *Précisez*

Votre enfant est porteur d'un handicap, ou suivi pour un problème de santé nécessitant des conditions d'accueil personnalisées *Précisez*

**Recommandations utiles des parents (difficultés de santé, opérations, rééducations, lunettes...)**

Régime alimentaire  Sans porc  Sans Viandes

*Je soussigné(e), ..... Père-Mère- Tuteur légal- responsable de l'enfant sus nommé certifie exactes, les informations renseignées dans ce dossier, avoir donné tous les renseignements nécessaires et m'engage à signaler tout changement de situation.*

Le ...../...../.....

Signature