

Communes adhérentes au CIAS :

Battenans Varins - Belfays - Bief- Burnevillers - Cernay l'Eglise - Chamesol - Charmauvillers - Charquemont - Cour Saint Maurice - Courfontaine Dampjoux - Damprichard - Ferrières le Lac - Fessevillers - Fleurey - Fournet-Blancheroche - Frambouhans - Glère - Goumois - Indevillers - Liebvillers - Les Bréseux - Les Ecorces - Les Plains et Grands Essarts - Les Terres de Chaux - Maîche - Mancenans-Lizerne - Montancy - Montandon - Mont-de-Vougney - Montécheroux - Montjoie le Château - Orgeans Blanchefontaine - Rosureux - Saint-Hippolyte - Soulce Cernay - Thiébouhans - Trévillers - Urtière - Valoreille - Vaucluse -Vauclusotte - Vaufrey.

BULLETIN D'INSCRIPTION A L'ALSH - ETE 2017

Du 31/07 au 04/08
1^{ère} semaine

Du 07/08 au 11/08
2^{ème} semaine

Du 14/08 au 18/08
3^{ème} semaine
(Sauf 15 Août)

Du 21/08 au 25/08
4^{ème} semaine

→→→ **Entourer la ou les semaine(s) choisie(s)**

NOM PRENOM

Date de naissance

ADRESSE : Rue.....

.....VILLE.....

Nom et Prénom du responsable de l'enfant

N° de tél. où vous joindre dans la journée : fixe

portable

Profession du responsable de l'enfant

Nom et adresse de l'employeur du pèreTél.....

Nom et adresse de l'employeur de la mèreTél.....

Personne à joindre en cas d'urgence : nom + téléphone :

N° d'allocataire CAF ou MSA (**OBLIGATOIRE**) :

Caisse de BESANCON - MONTBELIARD (1)

IMPORTANT

- Mon enfant prendra le repas de midi à l'accueil de loisirs : OUI - NON (1)

- J'autorise mon enfant à rentrer seul à la fin des activités : OUI - NON (1)

Si NON, liste des personnes susceptibles de venir chercher mon enfant à l'accueil de loisirs :
(nom, prénom, lien de parenté, téléphone)

.....

- Mon enfant sait-il nager ? OUI - NON (1)

Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance extra-scolaire.

(1) rayer les mentions inutiles

AUTORISATION DE SORTIES

Je soussigné(e)responsable légal de l'enfant

- autorise mon enfant à participer aux activités : piscine, sorties randonnées, ..., organisées dans le cadre de l'Accueil de loisirs durant la période du **31/07/2017 au 25/08/2017 inclus, sauf 15 août car férié.**
- autorise les organisateurs à prendre toutes mesures nécessaires en cas d'urgence médicale.

A le

Faire précéder la signature de la mention : **Lu et approuvé**
Signature,

Pièces à joindre

- Le bon vacances CAF ou MSA, s'il y a lieu.
- Le règlement par chèque libellé à l'ordre du Trésor Public.
- Le certificat médical.
- La fiche sanitaire.

Le projet éducatif vous sera remis à l'inscription.

En ce qui concerne la fiche sanitaire, bien vouloir joindre la copie du carnet de santé de l'enfant.

L'inscription de votre enfant ne sera effective qu'à réception de tous les documents demandés.

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) représentant(s) légal (aux) de l'enfant, des enfants

- Donne l'autorisation aux responsables, animateurs de l'ALSH, de prendre des photos de mon, mes enfants, dans le cadre des animations mises en place durant l'accueil de loisirs, soit du 31 Juillet au 25 août 2017.

- Dégage l'organisateur de toutes responsabilités en cas de pertes ou vols d'objets personnels (vêtements, bijoux, etc.).

Date :

Signature précédée de la mention manuscrite
« Lu et approuvé, bon pour accord »

FICHE SANITAIRE

ACCUEIL DE LOISIRS du 31 Juillet au 25 août 2017

ENFANT

NOM _____ PRENOM _____

DATE DE NAISSANCE _____

GARCON

FILLE

VACCINATIONS (JOINDRE LA COPIE DU CARNET DE SANTE)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT-Polio				Autres (préciser)	
Ou Tetracoq					

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

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 Coqueluche Varicelle Otite Angine

Rougeole Rhumatisme articulaire aigu Oreillons Scarlatine

ALLERGIES : Précisez la cause, les effets, et la conduite à tenir : _____

DIFFICULTES DE SANTE :

(Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...)

Précisez les dates et les précautions à prendre.

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 ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? NON OUI

RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM _____ PRENOM _____

Adresse _____

Tél fixe _____ Tél portable _____

Tél au travail _____

MEDECIN TRAITANT :

NOM _____ Tél _____

Adresse _____

AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné, Madame, Monsieur, _____

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 en cas de maladie ou hospitalisation et à donner du paracétamol (fièvre) et de l'arnica en granules (coups) si besoin.

Fait à _____ le _____

Signature,