

Communes adhérentes au SIAS :

Belfays – Burnevillers - Cernay l’Eglise - Charmauvillers - Charquemont - Courtefontaine
Damprichard - Ferrières le Lac - Fessevillers - Fournet-Blancheroche – Frambouhans -
Goumois - Indevillers - Les Bréseux - Les Ecorces - Les Plains et Grands Essarts - Orgeans
Blanchefontaine - Maîche - Mancenans-Lizerne - Mont-de-Vougney - Thiébouhans –
Trévilleurs – Urtière.

BULLETIN D’INSCRIPTION AU ALSH- CENTRE AERE - ETE 2016

Du 01/08 au 05/08 Du 08/08 au 12/08 Du 16/08 au 19/08
1^{ère} semaine 2^{ème} semaine 3^{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 prendra le bus pour se rendre à l'accueil de loisirs : OUI – NON (1)

Si oui, dans quelle commune ?

- 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 **01/08/2016 au 19/08/2016 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 (ou envoyé) 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 du centre aéré, de prendre des photos de mon, mes enfants, dans le cadre des animations mises en place durant l'accueil de loisirs, soit du 1^{er} au 19 août 2016.

- 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 1^{er} août au 19 août 2016

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,