

# Fiche d'inscription

Numéro d'Allocation C.A.F:

## ÉTAT CIVIL DU PARTICIPANT

Nom:	Prénom:	Sexe:
Date de Naissance:	Age:	Classe:
Adresse:		
Code Postal :	Ville:	
L'enfant sait nager : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Pour la pratique des activités nautiques, joindre obligatoirement un certificat de test de natation de 25 m nage libre.		

## RESPONSABLE LÉGAL DU PARTICIPANT

Numéro de Sécurité Sociale:	
<b>PÈRE</b>	<b>MÈRE</b>
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Code Postal : Ville:	Code Postal : Ville :
Profession :	Profession :
Téléphone domicile :	Téléphone domicile :
Téléphone travail :	Téléphone travail :
Téléphone Portable :	Téléphone portable :

## MÉDECIN DE FAMILLE

Nom :	Ville :	Téléphone :
-------	---------	-------------

Je soussigné(e) Mme, M \_\_\_\_\_ Agissant en qualité de responsable légal de l'enfant \_\_\_\_\_  
Autorise mon fils, ma fille, après avis médical, à participer à toutes les activités organisées par l'Accueil de loisirs de Trévé et autorise la directrice, sur avis médical, en cas de maladie ou d'accident à prendre toutes mesures d'urgence, tant médicales que chirurgicales, y compris l'hospitalisation, dans un établissement public.

J'AUTORISE - JE N'AUTORISE PAS mon enfant mineur, à quitter seul l'accueil de loisirs, et décharge le personnel de toute responsabilité après son départ.

J'AUTORISE - JE N'AUTORISE PAS l'accueil de loisirs à utiliser les images photographiques et vidéos de mon enfant, prises dans le cadre du fonctionnement de l'accueil de loisirs pour illustrer les activités de l'accueil de loisirs.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Nom et signature  
Du responsable Légal :





1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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).

Table with columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui/non, DATE DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT Polio, Ou Tétracoq, BCG, Hépatite B, Rubéole-Oreillons-Rougeole, Coqueluche, Autres (préciser).

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 ?

Form with checkboxes for RUBÉOLE, COQUELUCHE, ALLERGIES (ASTHME, ALIMENTAIRES), VARICELLE, OTITE, ANGINE, ROUGEOLE, OREILLONS, RHMATISME ARTICULAIRE/AIGU, SCARLATINE, MÉDICAMENTEUSES, 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 :
ADRESSE (pendant le séjour) :

PRÉNOM :

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



# REGLEMENT INTERIEUR DE L'ACCUEIL DE LOISIRS

## Article 1

L'accueil de loisirs accueille des enfants de 3 à 12 enfants.

Placé sous l'autorité de Monsieur le Maire, il est agréé par le Président du Conseil Général sur rapport du Médecin des Actions-Médico-Sociales responsable de la P.M.I et sur avis du Directeur Départemental de l'Action Sanitaire et Sociale. Il fait l'objet d'une habilitation près de la Direction Départemental de la Cohésion Sociale.

## Article 2

L'encadrement est assuré par du personnel qualifié et conformément aux dispositions de l'arrêté du 20 mars 1984.

## Article 3

La police d'assurance de la collectivité garantit la responsabilité civile de la commune et celle de son personnel dans l'exercice de ses fonctions.

Les enfants doivent être couverts par une responsabilité civile et une assurance « accidents » pour tous les dommages qu'ils puissent subir ou causer à des tiers.

Evitez aux enfants de porter des vêtements ou des objets de valeurs : la commune se dégage de toute responsabilité en cas de dommage, de perte ou de vol.

## Article 4

A la première admission, une fiche d'inscription, une fiche sanitaire, une photocopie du quotient familial ainsi que les photocopies des vaccins sont exigées.

## Article 5

L'accueil de loisirs est ouvert de 8h50 à 17h40.

La garderie de 7h30 à 8h50 et de 17h40 à 18h30.

Les familles des enfants présents à l'accueil de loisirs devront s'acquitter des tarifs suivants :

QF	<512	513-662	663-872	873-1136	1137-1303	>1304
Tarif journée	6 €40	9 €20	11.70 €	13 €20	14€20	15 €20
Tarif préférentiel pour 5 jours/semaine	30€	45€	55€	60€	65€	70€
Absence sans justificatif	3.10€	4.50€	5.75€	6.50€	7€	7.50€
Garderie	1€ matin 1€ soir					

- Ces tarifs comprennent une collation le matin et une autre l'après-midi.
- Le règlement de ces prestations se fera sur facture mensuelle établie par la Mairie.
- Le règlement de la facture peut se faire par Chèque, Espèce, Chèques Vacances, Césu ou par prélèvement automatique.



Le Père,

La Mère,

Le Tuteur,

(Porter la mention manuscrite « Lu et Approuvé »)

La CAF des Côtes d'Armor est partenaire financier de ce service.

Les repas seront livrés par une chaîne de restauration froide « Medirest». Pour les enfants qui sont astreints à un régime alimentaire, fournir obligatoirement un certificat médical.

### Article 8

Les parents (ou la personne habilitée par eux) doivent reprendre personnellement leur(s) enfants à l'accueil de loisirs pour 17h30 ou 18h30.

### Article 7

Les enfants sont placés sous l'autorité du personnel communal. En cas de manque de respect ou d'actes d'incivisme à l'égard du personnel encadrant, du matériel ou du local, le personnel pourra être amené à mettre en place des sanctions.

Tout jeu ou jouet abîmé devra être remplacé par l'enfant ayant commis la dégradation. Le personnel de l'accueil de loisirs avertira les parents et la mairie communiquera les références du jeu ou jouet à remplacer.

### Article 6

**Les enfants peuvent être accueillis uniquement à la journée.** Les enfants devront être inscrits au plus tard à la date limite des inscriptions. Si l'enfant est inscrit pour une journée à l'accueil de loisirs et qu'il ne se présente pas, un forfait lui sera facturé. Par contre, si l'enfant est malade et sur présentation du certificat médical ou de l'ordonnance, le forfait ne sera pas facturé. Pour annuler une journée + repas, il faut avertir une semaine à l'avance.

**Pour les petites vacances, une journée d'inscription par semaine est obligatoire et deux journées par semaine pour les grandes vacances.**

**AUTORISATION DE PRELEVEMENT**

j'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier mes factures de garderie périscolaire et d'accueil de loisirs. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution sur simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend avec la commune de TREVE.

**TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER**

Nom.....Prénom.....

N°.....Rue.....

Localité.....

**DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER**

Etablis.      Guichet      N° du compte      Clé

Localities for account designation

Date :.....

Signature obligatoire :

**N° NATIONAL D'EMETTEUR**

**DESIGNATION DU CREANCIER**

**TRESOR PUBLIC 022.009**

**Nom et adresse de l'établissement du compte à débiter (votre banque, CCP, ou Caisse d'Epargne)**

**Nom de l'établissement :**

N°.....Rue.....

Localité.....

**IMPORTANT** : merci de nous retourner cette autorisation en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (RIB), postal(RIP) ou de Caisse d'Epargne (RICE).

