**FICHE D’INSCRIPTION**

**ACCUEIL DE LOISIRS de TOURRETTES ou CLUB ADOS (péri et extra scolaire)**

**ANNEE SCOLAIRE 2019/2020**

**Enfant :**

- Nom ………………………………………… sexe (entourez la mention correspondante): fille garçon

- Prénom………………………………………………………………………..

- date de naissance et lieu de naissance :……………………………………………………………..

- classe fréquentée **2019/2020** : ………………………………………

Coordonnées des personnes habilitées à récupérer l’enfant (autre que les parents):

* Nom et prénom : …………………………………. Numéro de téléphone : ……………………
* Nom et prénom : …………………………………. Numéro de téléphone : ……………………
* Nom et prénom : …………………………………. Numéro de téléphone : ……………………

**Renseignements parents**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom du père :Adresse : N° de téléphone :Adresse @ (lisible, svp) | Nom et prénom de la mère :Adresse :N° de téléphone :Adresse @ : (lisible, svp) |

Situation familiale  (entourez la mention correspondante) :

Célibataire – Marié(e) – Pacsé(e) – union libre – divorcé(e) – séparé(e) – veuf (ve)

En cas de séparation veuillez préciser si l’enfant est en résidence alternée ou en résidence fixe :……

Pour les couples divorcés, la garde est attribuée à : ……………………………………………

(Fournir le jugement obligatoirement s’il n’a pas déjà été transmis à la Mairie).

Pour les couples séparés, (sans jugement),

(Fournir un courrier de consentement commun entre chaque responsable légal de l’enfant). s’il n’a pas déjà été transmis à la Mairie).

**Information CAF :**

N° d’allocataire CAF…………………….. Quotient familial CAF :………………………..

**LISTE DES PIECES A FOURNIR, IMPÉRATIF AU DÉPOT DU DOSSIER** :

* **RÈGLEMENT INTERIEUR COMPLETÉ DATÉ & SIGNÉ.**
* **FICHE SANITAIRE DE LIAISON COMPLETÉE DATÉE & SIGNÉE (si non transmise en Mairie).**
* **CERTIFICAT MEDICAL : - de NON CONTRE INDICATION aux activités sportives, d’aptitude à la vie en collectivité**

 **- à JOUR DES VACCINS obligatoires.**

**(si non transmis à la Mairie)**

* **JUSTIFICATIF DE DOMICILE : - de moins de 3 mois - - FACTURE (EAU / EDF)**

 **- QUITTANCE ASSURANCE HABITATION ou LOYER**

**(si non transmis à la Mairie)**

* **ATTESTATION D’ASSURANCE RC ou EXTRA SCOLAIRE.**

**(si non transmis à la Mairie)**

* **ATTESTATION DU QF DE LA CAF.**

**(si non transmis à la Mairie)**

**DECLARATION DU RESPONSABLE LEGAL DE L’ENFANT**

Je soussigné(e) Mme, Mr………………………………………………………...

⁯ Mère ⁯ Père ⁯ tuteur légal

Autorise mon enfant………………………………………………………….

A participer aux activités mises en place par l’accueil de loisirs Municipal de Tourrettes.

Je m’engage à payer toutes les journées réservées pour mon enfant ainsi que toutes les présences effectives de mon enfant sur l’accueil de loisirs Municipal.

J’atteste qu’il (elle) ne présente aucune contre indication médicale à la pratique d’activités sportives et d’aptitude à la vie en collectivité. Je m’engage à informer le centre de loisirs de tout changement concernant l’état de santé de mon enfant.

J’autorise les responsables de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l’état de santé de mon enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) (hôpital de………………...…), et je m’engage à payer (par l’assurance, la mutuelle…......................................) tous les frais engagés pour cela.

**DATE ET SIGNATURE(S) du (des) responsable(s) de l’enfant**

**ENFANTS DE MATERNELLE ET ELEMENTAIRE**

**ACCUEIL DE LOISIRS DU MERCREDI EN PERIODES SCOLAIRES : (Payant suivant le QF de la famille)**

**ACCUEIL de 7h30 à 9h - SORTIE de 17h à 18h30**

**INSCRIPTION ou DESINSCRIPTION PAR COURRIER ou MAIL : 8 JOURS avant chaque mercredi concerné**

**NOM** **:** …………………..……**PRENOM** : ……………………**CLASSE** : …………………….

**PRESENCE MATIN + REPAS : sortie de 13h à 13h30 / PRESENCE APRES-MIDI + REPAS : arrivée de 11h30 à 12h00**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Cochez la case suivantvotre choix  | Cochez la case suivant votre choix | Cochez la case suivant votre choix | Cochez la case suivant votre choix |
| **SEPTEMBRE 2019** | **Mercredi 04**  □ Matin □ A.M □ Journée | **Mercredi 11**  □ Matin □ A.M □ Journée | **Mercredi 18**  □ Matin □ A.M □ Journée | **Mercredi 25**  □ Matin □ A.M □ Journée |
| **OCTOBRE****2019** | **Mercredi 02**  □ Matin □ A.M □ Journée | **Mercredi 09**. □ Matin □ A.M □ Journée | **Mercredi 16**  □ Matin □ A.M □ Journée |  |
| **NOVEMBRE 2019** | **Mercredi 06**  □ Matin □ A.M □ Journée | **Mercredi 13**  □ Matin □ A.M □ Journée | **Mercredi 20**  □ Matin □ A.M □ Journée | **Mercredi 27**  □ Matin □ A.M □ Journée |
| **DECEMBRE 2019** | **Mercredi 04**  □ Matin □ A.M □ Journée | **Mercredi 11**  □ Matin □ A.M □ Journée | **Mercredi 18** □ Matin □ A.M □ Journée |  |
| **JANVIER****2020** | **Mercredi 08**  □ Matin □ A.M □ Journée | **Mercredi 15**  □ Matin □ A.M □ Journée | **Mercredi 22**  □ Matin □ A.M □ Journée | **Mercredi 29**  □ Matin □ A.M □ Journée |
| **FEVRIER****2020** | **Mercredi 05** □ Matin □ A.M □ Journée | **Mercredi 12** □ Matin □ A.M □ Journée |   |  |
| **MARS****2020** | **Mercredi 04** □ Matin □ A.M □ Journée | **Mercredi 11**  □ Matin □ A.M □ Journée | **Mercredi 18**□ Matin □ A.M **□** Journée | **Mercredi 25**□ Matin □ A.M □ Journée  |
| **AVRIL****2020** | **Mercredi 01** □ Matin □ A.M □ Journée | **Mercredi 08**  □ Matin □ A.M □ Journée | **Mercredi 29** □ Matin □ A.M □ Journée |  |
| **MAI****2020** | **Mercredi 06**  □ Matin □ A.M □ Journée | **Mercredi 13** □ Matin □ A.M □ Journée | **Mercredi 20** □ Matin □ A.M □ Journée | **Mercredi 27** □ Matin □ A.M □ Journée |
| **JUIN****2020** | **Mercredi 03**  □ Matin □ A.M □ Journée | **Mercredi 10**  □ Matin □ A.M □ Journée | **Mercredi 17** □ Matin □ A.M □ Journée | **Mercredi 24** □ Matin □ A.M □ Journée |
| **JUILLET****2020** | **Mercredi 01** □ Matin □ A.M □ Journée |  |  |  |

**DATE & SIGNATURE(S) du (des) responsable(s) de l’enfant**

**ENFANTS DE MATERNELLE ET ELEMENTAIRE + ADOS**

**ACCUEIL DE LOISIRS EN PERIODE DES VACANCES SCOLAIRES**

Les inscriptions seront clôturées **3 semaines AVANT CHAQUE PERIODE** des vacances scolaires,

**Les RESERVATIONS** & **les** **DESINSCRIPTIONS** s’effectueront sur une période **préalable** **DE 1 SEMAINE**

**(voir les périodes d’inscriptions et de désinscriptions dans le tableau en bas de page).**

**INSCRIPTIONS A EFFECTUER au CENTRE DE LOISIRS : PAR COURRIER (daté&signé) ou PAR MAIL**

**Nous vous recommandons de GARDER LE CALENDRIER ci-dessous pour effectuer vos demandes,**

**en RESPECTANT LES DATES essentielles à la bonne organisation du service.**

**CALENDRIER DES VACANCES SCOLAIRES (payant suivant le Quotient Familial de la famille)**

POSSIBILITE D’INSCRIRE VOTRE ENFANT SOIT : La semaine **avec** ou **sans** mercredi.

Pour les ADOS : **POSSIBILITE D’INSCRIRE VOTRE ENFANT SOIT** :

La semaine **avec** ou **sans** mercredi soit 3 jours minimum consécutifs (lundi, mardi, mercredi ou mercredi, jeudi, vendredi)

**«AUCUNE RÉSERVATION SUR L’ENSEMBLE DE L’ANNEE SCOLAIRE»**

**CALENDRIER 2019/2020**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vacances d’AUTOMNE (OCT/NOV)**INSCRIPTION** ou **DESINSCRIPTION** du **23/09** au **28/09 dernier délai** | Semaine 1**Automne****du 21/10 au 25/10** | Semaine 2**Automne****Vendredi 1er/11 férié****du 28/10 au 31/10** |  |
| Vacances d’HIVER (FEVRIER)**INSCRIPTION** ou **DESINSCRIPTION** du **20/01** au **25/01 dernier délai**  | Semaine 1**Hiver****du 17/02 au 21/02** | Semaine **2 Hiver****du 24/02 au 28/02** |  |
| Vacances de PRINTEMPS (AVRIL)**INSCRIPTION** ou **DESINSCRIPTION**du **16/03** au **21/03 dernier délai** | Semaine 1 **Printemps****Lundi 13/04 férié****du 14/04 au 17/04** | Semaine 2 **Printemps****du 20/04 au 24/04** |  |
| Vacances ETE (JUILLET-AOUT)**INSCRIPTION** ou **DESINSCRIPTION**du **01/06** au plus tard le **13/06** | Semaine 1 **Eté****du 06/07 au 10/07** | Semaine 2 **Eté****du 13/07 au 17/07****Mardi 14/07 férié** | Semaine3 **Eté****du 20/07 au 24/07** | Semaine4 **Eté****du 27/07 au 31/07** | Semaine 5 **Eté****du 03/08 au 07/08** | Semaine 6 **Eté****du 10/08 au 14/08** |

**COLLEGIENS ET LYCEENS**

**CLUB ADOS SOIR EN PERIODES SCOLAIRES) : ACCES LIBRE (Dossier d’inscription à fournir)**

Ouvert tous les lundis, mardis, jeudis et vendredis de 16h45 à 18h30 en périodes scolaires (cotisation trimestrielle de 10 € valable également pour le club ados des sorties ou soirées du vendredi, samedi ou week-end)).

**CLUB ADOS DES VENDREDIS, SAMEDIS, WEEK-END (sorties ou soirées):** environ 2 sorties ou soirées par mois en périodes scolaires suivant un planning établi à l’avance. (Tarif suivant l’activité + 10 € de cotisation trimestrielle valable également pour le club ados du soir).

**ACCUEIL DE LOISIRS MUNICIPAL DE TOURRETTES**

**ANNEE 2019/2020**

|  |  |
| --- | --- |
| **FICHE SANITAIRE DE LIAISON** | **L’ENFANT** |
| NOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| PRÉNOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| GARÇON  FILLE    |

**1 – VACCINATIONS** (Inscrire les vaccinations, se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l’enfant).

**PAS DE PHOTOCOPIES DU CARNET DE VACCINATIONS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** Tétracoq |  |  |  |  |  |
| BCG |  |  |  |  |  |

**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

**2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L’ENFANT**

L’enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou 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.**

A titre indicatif L’ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| RUBÉOLE | VARICELLE | ANGINE | RHUMATISMEARTICULAIRE AIGÜ | SCARLATINE |
| OUI 🖵 NON 🖵 | OUI 🖵 NON 🖵 | OUI 🖵 NON 🖵 | OUI 🖵 NON 🖵 | OUI 🖵 NON 🖵 |
| COQUELUCHE | OTITE | ROUGEOLE | OREILLONS |  |
| OUI 🖵 NON 🖵 | OUI 🖵 NON 🖵 | OUI 🖵 NON 🖵 | OUI 🖵 NON 🖵 |  |

**PRECISEZ LA CAUSE DE L’ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR**

ASTHME oui  non  ………………………………………………………….

ALLERGIES MEDICAMENTEUSES oui  non  (préciser)………………………………………………..

ALIMENTAIRES oui  non  (préciser)………………………………………………..

AUTRES ………………………………………………………………………………………………………….

**P.A.I** (Projet d’Accueil Individualisé obligatoire en cas d’allergie alimentaire et/ou de traitement médicamenteux régulier) en cours : oui  non  **joindre le protocole** **ET toutes informations utiles**.

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

3 – **INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES** **(à renseigner obligatoirement.)**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui  non 

DES LUNETTES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l’enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l’enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l’enfant

 AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**4- AUTORISATIONS**

J’autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui  non 

J’autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui  non 

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui  non 

**5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM........................................................PRENOM.....................................................................

ADRESSE.....................................................................................................................................

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : .............................................................

BUREAU :…………………………………………………………………………………

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT *(FACULTATIF)...........................................................................................................*

*Je soussignée, .................................................................................................................responsable légal de l’enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l’équipe d’animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d’un médecin et/ou un service d’urgence seuls habilités à définir l’hôpital de secteur.*

Document issu de l’original CERFA paramétré pour les besoins de la structure ALSH interco Vallée de l’école

**DATE :** **SIGNATURE :**

**Document issu de l’original CERFA**