

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Centre de loisirs

Maison des jeunes

Accueils périscolaires

Assistant familial

Organisme

Nom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Personne référente : _____
Téléphone : _____
E-mail : _____

Assistant(e) familial(e)

Nom : _____
Prénom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Téléphone 1 : _____
Téléphone 2 : _____
E-mail : _____

NB : merci de transmettre tout document (décision de placement ...) permettant d'éviter toute ambiguïté quand aux personnes autorisées à venir récupérer l'enfant. Modèles disponibles sur www.inguiniel.fr rubrique « enfance jeunesse » ou à disposition sur demande.

Parents

Nom : _____
Prénom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____

Nom : _____
Prénom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____

Tarifs :

Les tarifs pour l'année 2021 sont les suivants :

Journée complète avec repas (7h30 – 18h30)	Demi-journée avec repas (7h30 – 13h30 ou 12h – 18h30)	Demi-journée sans repas (7h30 – 12h ou 13h30 – 18h30)	Semaine complète (5 journées avec repas)	Semaine complète (4 journées si jour férié)	Majoration sortie ou activité avec un intervenant	Absence de l'enfant non prévenue 48h à l'avance
13,25 €	8,25 €	6,75 €	53,00 €	47,00 €	2,50 €	3,25 €

Facturation

Merci d'indiquer à qui envoyer la facture : _____

Autorisations :

Activités, santé et sécurité	
J'autorise l'enfant concerné par ce dossier à participer aux sorties éducatives organisées dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs et/ou de la maison des jeunes d'Inguiniel, y compris si ces sorties nécessitent un déplacement en voiture, en minibus, en bus de ville ou en car.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
J'autorise l'équipe d'animation à prendre toutes les mesures qu'elle estime nécessaires dès lors que l'état de santé de l'enfant justifie l'intervention d'un médecin, des secours, y compris si cela conduit à une hospitalisation.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Droit à l'image	
J'autorise l'équipe d'animation à prendre l'enfant en photo et vidéo pour un usage interne au centre de loisirs ou à la maison des jeunes (expositions, trombinoscopes, activités à partir de la photo...).	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
J'autorise les responsables du service animation à publier des photographies dans lesquelles apparaît l'enfant dans des supports de communication locaux exclusivement (plaquettes, bulletin communal, journaux locaux...)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
J'autorise les responsables du service animation à publier des photographies et des vidéos dans lesquelles apparaissent les enfants sur internet (site internet communal, intercommunal, blogs du service animation...), exception faite des réseaux sociaux (Facebook, Youtube etc.)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Suite 

FICHE SANITAIRE DE LIAISON



Renseignements concernant l'enfant :

Nom de famille : _____ Sexe :
Prénoms : _____ Masculin
Date de naissance : ___ / ___ / _____ Féminin
Ecole fréquentée : _____ Classe : _____

Service animation
Accueils collectifs de mineurs

Vaccinations :

Fournir une photocopie du carnet de vaccinations.

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

Maladies chroniques :

Asthme Allergies médicamenteuses Allergies alimentaires

Autre (précisez) : _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir. En cas d'automédication, le signaler :

L'enfant suit-il un traitement médical chronique : OUI NON

Si oui, joindre obligatoirement une ordonnance récente ainsi que les médicaments correspondants dans leur boîte d'origine avec la notice

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Rubéole Varicelle Rougeole Oreillons Otite

Difficultés de santé (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...) :

Médecin traitant :

Docteur _____ exerçant à _____

Téléphone : _____

Personnes à prévenir en cas d'urgence et autorisées à venir chercher l'enfant (parents, grands-parents, amis, voisins...) :

NOM, prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

Je/Nous, soussigné(e)(s) _____, responsable(s) légal(ux) de l'enfant, déclare(ons) exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise(ons) les personnes responsables de l'encadrement des enfants sur les temps périscolaires et extrascolaires à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (consultation médicale, transport en ambulance, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à _____, le _____

signature(s) :