

# CENTRE DE LOISIRS PERMAMENT DU MERCREDI

Le centre de loisirs se déroule sur la commune de LABOURSE  
(Reprise des activités à compter du mercredi 5 septembre 2018)

Horaires centre de loisirs : à partir de 8h30 et jusque 17h30

*Un accueil échelonné est ouvert de 7h30 à 8h30 et de 17h30 à 18h30 sur demande des familles et sur les  
commune de Vendin, Lapugnoy et Labourse.  
(Merci de l'indiquer précisément sur le dossier d'inscription )*

**Veillez compléter les espaces manquants et cocher les cases appropriées**

(Attention, toute personne reprenant un enfant à la demande des parents devra présenter une pièce d'identité à l'animateur)

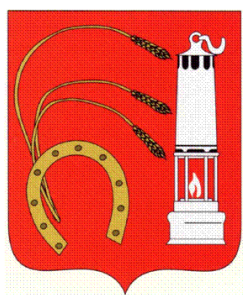
■ **ENFANT**

Nom/Prénom : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Commune d'inscription : \_\_\_\_\_

Lieu et horaire de ramassage : \_\_\_\_\_

Photo



Pour plus d'information, vous pouvez nous contacter  
au : 03-21-61-55-60 / 06-31-23-33-01  
[service.jeunesse@sivom-bethunois.fr](mailto:service.jeunesse@sivom-bethunois.fr)



## ■ FICHE DE RENSEIGNEMENTS (Obligatoire)

### ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ LIEU DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ Dép : \_\_\_\_\_  
ECOLE FREQUENTEE : \_\_\_\_\_ CLASSE SUIVIE : \_\_\_\_\_  
VOTRE ENFANT BENEFICIE T-IL DE L'AIDE A LA VIE SCOLAIRE (AVS)  Oui  Non  
ADRESSE : \_\_\_\_\_  
CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_  
TEL DU DOMICILE FAMILIAL : \_\_\_\_\_ PORTABLE : \_\_\_\_\_  
FRATRIE : \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_

### PARENTS :

NOM / PRENOM DU PARENT : \_\_\_\_\_  
ADRESSE : \_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ E mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
PROFESSION : \_\_\_\_\_ TEL EMPLOYEUR : ( \_\_\_\_\_ )  
NOM DE L'EMPLOYEUR : \_\_\_\_\_

### NOM / PRENOM DU PARENT :

ADRESSE : \_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ E mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
PROFESSION : \_\_\_\_\_ TEL EMPLOYEUR : ( \_\_\_\_\_ )  
NOM DE L'EMPLOYEUR : \_\_\_\_\_

### SITUATION FAMILIALE :

Célibataire  Mariés  Vie maritale  Veuf  Divorcés \*

En cas de divorce, il est impératif de fournir une copie de la lettre de jugement déterminant le responsable légal de l'enfant. En l'absence de ce document, l'organisateur du séjour décline toute responsabilité. De plus, merci de nous communiquer l'adresse où nous devons envoyer la facture.

### CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES :

CAF de (ville) : \_\_\_\_\_ N° Allocataire : \_\_\_\_\_ Quotient familial : \_\_\_\_\_

### EN CAS D'URGENCE :

Nous contacterons directement les parents, mais nous aimerions obtenir les coordonnées d'une tierce personne dans l'hypothèse où les parents ne pourraient être joints :

NOM / PRENOM : \_\_\_\_\_  
ADRESSE : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_  
TEL DOMICILE : \_\_\_\_\_ TEL PORTABLE : \_\_\_\_\_

### A LA SORTIE DU CENTRE :

J'autorise mon enfant à repartir seul  
 Mon enfant peut être confié à \_\_\_\_\_ (présentation d'une pièce d'identité obligatoire).

### AUTORISATION SPORTIVE :

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ autorise mon enfant à pratiquer toutes les activités physiques et sportives qui seront proposées durant les Centres de loisirs.

Mon enfant :  sait nager ( distance : \_\_\_\_\_ mètres)  ne sait pas nager

### AUTORISATION PHOTOS/VIDEOS :

J'ai pris connaissance du fait que mon enfant peut apparaître sur des photos de groupe ou des films réalisés par l'organisateur. Ceux-ci pourront apparaître sur divers supports de communication (presse locale, site internet, journal interne, réseaux sociaux,...). Par ailleurs :

J'autorise l'équipe à prendre mon enfant individuellement en photo ou à le filmer et utiliser ces prises de vue et films à des fins de communication (presse locale, site internet, journal interne, réseaux sociaux, ...) sans porter atteinte à l'image de mon enfant.

Je n'autorise pas l'équipe à prendre mon enfant individuellement en photo ou à le filmer.

### AUTORISATION SANITAIRE :

Soucieux du bien être et de la sécurité, le SIVOM de la Communauté du Béthunois propose d'utiliser un répulsif adapté pour protéger vos enfants des tiques lors des sorties en forêt, prairie, parcs... Pour pouvoir appliquer cette lotion, votre accord est indispensable :

J'autorise l'application d'un répulsif contre les tiques  
 Je n'autorise pas l'application d'un répulsif contre les tiques.

J'autorise l'assistant sanitaire à retirer le tique en cas de morsure  
 Je n'autorise pas l'assistant sanitaire à retirer le tique en cas de morsure

**Signature des parents**  
(précédée de la mention « lu et approuvé »)

## ORGANISATION DU CENTRE

■ Les enfants de 3 à 17 ans sont accueillis sur le centre de loisirs de Labourse (ancienne école maternelle, rue Achille Larue).

Les inscriptions peuvent être effectuées à la demi-journée avec ou sans repas ou à la journée complète.

■ Les parents qui n'utilisent pas le service de ramassage, devront se rendre au centre de loisirs pour conduire ou reprendre leur enfant durant la pause méridienne:

- Soit à 12h pour les enfants inscrits le matin sans repas ou l'après-midi avec repas.

- Soit à 13h30 pour les enfants inscrits le matin avec repas ou l'après-midi sans repas.

■ Le goûter est inclus dans le prix ainsi que toutes les activités proposées.

## INSCRIPTIONS

■ Les inscriptions se font dans votre mairie de résidence une semaine avant l'accueil de votre enfant. Passé ce délai, aucune inscription ne sera acceptée en mairie, par téléphone ou au centre de Loisirs.

■ Toute absence non excusée auprès du service jeunesse du SIVOM avant le lundi 12h sera facturée.

## TARIFS et PLANNING ACTIVITES

22,32 € la journée

16,16 € la demi-journée avec repas

12,22 € la demi-journée sans repas

■ Les plannings d'activités seront disponibles sur le site internet du SIVOM: [www.sivom-bethunois.fr](http://www.sivom-bethunois.fr) ou auprès de votre mairie

## DOCUMENTS OBLIGATOIRES A FOURNIR AU MOMENT DE L'INSCRIPTION

- Le dossier d'inscription complété et signé
- L'attestation d'aide aux loisirs remise par la CAF ou à défaut tout document indiquant la prise en charge et le mode de paiement
- Test de natation anti-panique complété par un maître nageur pour les enfants de 8 ans et plus (obligatoire si des activités nautiques sont prévues dans le planning)
- La copie de l'assurance responsabilité individuelle accident
- La copie de l'assurance responsabilité civile
- La copie du carnet de vaccinations ou un certificat médical qui précise que l'enfant est à jour de ces vaccins.
- Le paiement du séjour

## TRANSPORT

Le SIVOM de la Communauté du Béthunois assure le ramassage des enfants. Plusieurs circuits sont mis en place pour le ramassage du matin et du soir. Les horaires peuvent varier en fonction du nombre d'enfants sur chaque arrêt. Si les horaires étaient modifiés, les familles seraient averties.

### MATIN

### SOIR

LAPUGNOY(mairie)	8h00	18h30
VENDIN (mairie)	8h10	18h20
HINGES (école primaire)	8h15	18h15
FOUQUEREUIL (école primaire)	8h25	18h05
GOSNAY (Place)	8h30	18h00
DROUVIN-LE-MARAIS (mairie)	8h35	17h55
VERQUIGNEUL (mairie)	8h45	17h45
SAILLY-LABOURSE (école primaire)	8h55	17h35
LABOURSE (école les Capucines)	9h00	17h30

**Le centre de Loisirs ne pourra fonctionner qu'à partir de 7 enfants inscrits.**



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

DATES ET LIEU DU 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 ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> 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

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 ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non

ALIMENTAIRES oui  non  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

NOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

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

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

*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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....

.....

.....

OBSERVATIONS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....