

# Centre de Loisirs mercredi

Le centre de loisirs se déroule sur la commune de LABOURSE

**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.  
(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 : \_\_\_\_\_

Photo  
obligatoire

**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)

**Service Jeunesse de la Commune de Beuvry au :**  
03-21-61-91-95  
[contact@villedebeuvry.fr](mailto:contact@villedebeuvry.fr)

## **ORGANISATION DU CENTRE**

■ Les enfants sont accueillis sur le centre de loisirs de Labourse (ancienne école maternelle, rue Achille Larue). Les inscriptions se font à la journée complète.

■ 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. (avant le mardi soir 17h) Passé ce délai, aucune inscription ne sera acceptée en mairie, par téléphone ou au centre de Loisirs.

■ En cas d'annulation d'inscription, les familles doivent contacter la commune 1 semaine avant l'accueil du mercredi (indiqué dans le règlement intérieur).

## **TARIFS et PLANNING ACTIVITES**

■ Les tarifs sont délivrés par la commune. Le repas du midi et le goûter sont inclus ainsi que le prix de toutes les activités proposées.

Les aides de la CAF seront déduites par la commune.

■ 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
- 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
- Justificatif de domicile
- Le règlement intérieur du centre de loisirs signé

# FICHE 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.

En cas de parents séparés mais exerçant conjointement l'autorité parentale sur leur enfant, l'inscription décidée par l'un des parents présume l'accord de l'autre parents à défaut d'une opposition expressément formulée par écrit par ce dernier.

## **FAMILLE D'ACCUEIL (le cas échéant) :**

NOM/Prénom : \_\_\_\_\_  
ADRESSE : \_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ E mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

## **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 contres les tiques.  
 J'autorise l'assistant sanitaire à retirer le tique en cas de morsure

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



# 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 |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|--|-------|
| Diphthérie-Tétanos   |     |     |                            | Hépatite B<br>Rubéole-Oreillons-Rougeole |       |
| Poliomyélite         |     |     |                            | Couqueluche                              |       |
| Ou DT polio          |     |     |                            | Autres (préciser)                        |       |
| Ou Tétanos           |     |     |                            |  |       |
| BCC                  |     |     |                            |  |       |

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 CLAIRÉMENT :  
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.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ..... PRÉNOM .....  
ADRESSE PENDANT LE SÉJOUR : .....  
TEL. FIXE (ET PORTABLE, DOMICILE) : ..... BUREAU : .....  
NOM ET TEL. DU MÉDECIN TRAITANT (OCCUPÉ) : .....

Je soussigné(e).....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

.....  
.....  
.....  
.....  
.....