

Centre de Loisirs été 2022

Inscriptions du 16 mai au 15 juin 2022

Merci de remplir le dossier intégralement en complétant les espaces manquants et cocher les cases appropriées

L'attestation d'aide aux loisirs remise par la CAF est obligatoire

▪ **ENFANT** :

NOM : _____ PRENOM : _____

AGE : _____ ans

Photo
Obligatoire

Attention, toute personne reprenant un enfant à la demande des parents devra être majeur et se présenter avec une pièce d'identité à l'animateur.

▪ **INSCRIPTION** :

Horaires : 8h30-17h30

Un accueil échelonné pourra être organisée sur demande des familles dès 7h30 sur le centre de loisirs. Le soir, un accueil sera également proposé jusque 18h30.

CENTRE DE LOISIRS POUR LE MOIS DE JUILLET :

- Lozinghem - école les Graminées (rue du cimetière)
- Fouquières les Béthune - école Yves Duteil (rue Basse)
- Sailly-Labourse - école Georges Brassens (rue de Noeux)
- Vendin les Béthune – école Curie-Colette (rue François Mitterrand)

- Du 11 au 15 juillet 2022 (4 jours)
- Du 18 au 22 juillet 2022 (5 jours)
- Du 25 au 29 juillet 2022 (5 jours)

CENTRE DE LOISIRS POUR LE MOIS DE AOÛT :

- Gosnay - école Jean Jaurès (rue Jean Macé)
- Gonnehem - école Jules Verne (rue de la libération)
- Labourse – ancienne école maternelle (rue Achille Larue)

- Du 1^{er} au 5 août 2022 (5 jours)
- Du 8 au 12 août 2022 (5 jours)
- Du 16 au 19 août 2022 (4 jours)
- Du 22 au 26 août 2022 (5 jours)

▪ **RENSEIGNEMENTS** :

Mairie de Gosnay : 03.21.53.66.88

Service Jeunesse du SIVOM de la Communauté du Béthunois : 03-21-61-55-60 ou service.jeunesse@sivom-bethunois.fr

▪ **TARIFS :**

	ÉTÉ		
	QF <442	QF entre 443 et 617	QF >618
Gosnay	12,00	14,00	16,00

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.

▪ **DOCUMENTS A FOURNIR AU MOMENT DE L'INSCRIPTION :**

- Le dossier d'inscription complété et signé avec l'attestation
- La copie de l'assurance responsabilité civile (OBLIGATOIRE)
- La copie du carnet de santé (vaccinations) (OBLIGATOIRE)
- Un justificatif de domicile
- L'attestation d'aide aux loisirs remise par la CAF ou à défaut tout document de la CAF comportant le quotient familial.
- Le règlement intérieur du centre de loisirs signé

AUTORISATIONS

➤ **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

➤ **AUTORISATION DE SORTIE DU CENTRE :**

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

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 : _____

FRATRIE : _____ ; _____ ; _____ ; _____

PARENTS :

NOM / PRENOM DU PARENT : _____
Date de naissance : ____/____/_____
ADRESSE : _____
Numéro de téléphone : _____
Email : _____@_____
PROFESSION : _____ TEL EMPLOYEUR : (_____)
NOM DE L'EMPLOYEUR : _____

NOM / PRENOM DU PARENT : _____
Date de naissance : ____/____/_____
ADRESSE : _____
Numéro de téléphone : _____
Email : _____@_____
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 : _____

VACCINS :

En tant que responsable légal de mon enfant, je certifie que mon enfant est à jour de ses vaccins. (joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccinations.)

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

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONQUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I. ENFANT NOM : PRENOM :
 SEXE GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE : ____/____/____

II. VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Précisez s'il s'agit : Du DT polio Du DT coq Du Tétracoq D'une prise polio RAPPELS	VACCINS PRATIQUES		AUTRES VACCINS	
	DATES	ANTIVARIOLIQUE	DATES	VACCINS
1 ^{er} VACCIN	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
REVACCINATION	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ?

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
.....	____/____/____
.....	____/____/____

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
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"/> oui <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
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"/> oui <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

.....	____/____/____
.....	____/____/____
.....	____/____/____

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT ? non oui
 SI OUI, LEQUEL ?
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? non occasionnellement oui
 S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? non oui

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOMS :
 ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° DE S.S. : _____ N° DE TEL : _____ DOMICILE : _____ BUREAU : _____

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :

Je soussigné, responsable 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 :

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR : Cachet de l'Organisme (siège social)

ARRIVEE LE ____/____/____
 DEPART LE ____/____/____

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)
 PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

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