

Centre de Loisirs mercredi

Le centre de loisirs se déroule sur la commune de VERQUIGNEUL

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)



Veuillez 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

ORGANISATION DU CENTRE

- Les enfants sont accueillis sur le centre de loisirs de Verquigneul (ancienne école, derrière la mairie). Les inscriptions peuvent être effectuées à la demi-journée avec ou sans repas ou à la journée complète.
- Les parents 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. (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

Pour les Vendinois :

Quotient familial inférieur ou égal à 617 € :

Journée complète 17 €

1/2 journée avec repas 12 €

1/2 journée sans repas 9 €

Quotient familial supérieur ou égal à 618 € :

Journée complète 18 €

1/2 journée avec repas 13 €

1/2 journée sans repas 10 €

Pour les extérieurs (scolarisés sur Vendin) :

Journée complète 22,57 €

1/2 journée avec repas 16,34 €

1/2 journée sans repas 12,35 €

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 contre les tiques.

☐ J'autorise l'assistant sanitaire à retirer le tique en cas de morsure

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



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10000000

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-Croûtons-Rougeole	
Poliomyélite				Couquelette	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétarocq					
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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	BOUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME

oui ☐ non ☐

MÉDICAMENTS : oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES : oui ☐ non ☐

AUTRES : _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CLAIRÉ :

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) : _____

TÉL. FIXE (ET PORTABLE, DOMICILE) : _____

BUREAU : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (GÉNÉRAL) : _____

Je soussigné, _____, responsable légal de l'enfant, déclare
exactes 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