

Centre de Loisirs Février 2023

Inscriptions du 2 au 25 janvier 2023

Merci de remplir le dossier intégralement en complétant les espaces manquants et cocher les cases appropriées
Uniquement pour les nouveaux inscrits qui n'ont pas fréquenté les centres de loisirs depuis l'été 2022 ou pour les familles ayant un changement de situation (justificatif obligatoire si CAF).

Attention, pour les enfants ayant fréquenté les centres de cet été, il est indispensable de remplir la première page ainsi que l'attestation.

▪ ENFANT :

NOM : _____ PRENOM : _____

AGE : _____ ans

Photo
Obligatoire

Type de repas : Sans viande Sans porc Pas de régime particulier
 Autre :

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.

Merci de cocher les cases correspondantes

CHOIX DU CENTRE DE LOISIRS :

- Gonnehem (école Jules Verne, rue de la libération)
- Lozinghem (école les Graminées, rue du cimetière)
- Sailly-Labourse (école Georges Brassens, rue de Noeux)

Ouverture du centre à la journée :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lundi 13 février | <input type="checkbox"/> Lundi 20 février |
| <input type="checkbox"/> Mardi 14 février | <input type="checkbox"/> Mardi 21 février |
| <input type="checkbox"/> Mercredi 15 février | <input type="checkbox"/> Mercredi 22 février |
| <input type="checkbox"/> Jeudi 16 février | <input type="checkbox"/> Jeudi 23 février |
| <input type="checkbox"/> Vendredi 17 février | <input type="checkbox"/> Vendredi 24 février |

▪ RENSEIGNEMENTS :

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



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

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
Diphérie-Tétanos				Hépatite B Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Couqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétanocq					
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 CLAIRES :
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