

Centre de Loisirs Avril 2023

Inscriptions du 27 février au 29 mars 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.

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 organisé 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 :

- Fouquières-lès-Béthune (école Yves Duteil, rue basse)
- Vendin-lès-Béthune (école Colette, rue François Mitterrand)
- Sailly-Labourse (école Georges Brassens, rue de Noeux)

Ouverture du centre à la journée :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lundi 17 avril | <input type="checkbox"/> Lundi 24 avril |
| <input type="checkbox"/> Mardi 18 avril | <input type="checkbox"/> Mardi 25 avril |
| <input type="checkbox"/> Mercredi 19 avril | <input type="checkbox"/> Mercredi 26 avril |
| <input type="checkbox"/> Jeudi 20 avril | <input type="checkbox"/> Jeudi 27 avril |
| <input type="checkbox"/> Vendredi 21 avril | <input type="checkbox"/> Vendredi 28 avril |

▪ RENSEIGNEMENTS :

Service Jeunesse de la Commune de Beuvry : 03-21-61-91-95 ou contact@villedebeuvry.fr

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

▪ **TARIF :**

	CLSH Mercredis		
	QF <617	QF de 618 à 834	QF >835
Beuvry	14,00	14,50	15,00

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. En l'absence d'aide aux loisirs merci de fournir une photocopie du livret de famille pour la déduction éventuelle pour la fratrie.
- 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

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	DATIS
Diphérie-Tétanos				Hépatite B Rubéole-Oreillons-Rougeole	•
Poliomyélite				Coryza/leuc	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétanosq					
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 AIGU	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 D'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

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 (SCOLAIRE) :

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

.....

