

# Centre de Loisirs juillet 2023

## Permanences d'inscriptions :

- les mercredis 24 et 31 mai de 15h30 à 18h30

-le samedi 3 juin de 9h à 11h30

**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 organisé sur demande des familles dès 7h30 sur le centre de loisirs.  
Le soir, un accueil sera également proposé jusque 18h30.

CENTRE DE LOISIRS DE FESTUBERT

Ecole Clémence Quinio

48 rue de Lille

du 10 au 13 juillet 2023

du 17 au 21 juillet 2023

du 24 au 28 juillet 2023

### ▪ RENSEIGNEMENTS :

Mairie de Festubert : 03.21.61.80.20

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

▪ **TARIFS :**

	CENTRE DE LOISIRS ÉTÉ	
	QF inférieur ou égal à 617	QF supérieur à 617
Enfant de FESTUBERT	13.00	14.00
Extérieurs scolarisés à FESTUBERT	15.00	16.00
Extérieurs avec grand-parent résidant à FESTUBERT	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 DE DIFFUSION DE PHOTOGRAPHIES ET VIDEOS :**

J'autorise la diffusion de mon enfant individuellement ou en groupe :

-sur le site internet du SIVOM de la Communauté du Béthunois et des communes adhérentes

-sur le facebook du SIVOM de la Communauté du Béthunois et des communes adhérentes

-sur différents supports de communication (catalogue, journal, flyers...) du SIVOM de la Communauté du Béthunois et des communes adhérentes

En cas contraire, merci de cocher cette case

➤ **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

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M  F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

## 1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

## 2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES  oui  non  
MÉDICAMENTEUSES  oui  non  
AUTRES (animaux, plantes, pollen) :  oui  non  
Précisez .....

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser  oui  non

## 3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

## 4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL .....

TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL .....

TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :