

Centre de Loisirs mercredi

Le centre de loisirs se déroule sur la commune de :
FOUQUIERES-LES-BETHUNE
Et
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)



Veillez 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

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

ORGANISATION DU CENTRE

- Les enfants sont accueillis soit sur le centre de loisirs de Fouquières-lès-Béthune (école Yves Duteil, rue Basse) ou sur le centre de Verquigneul (ancienne école maternelle, derrière la mairie).
Les inscriptions se font à la journée complète.

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

	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.

- Les plannings d'activités seront disponibles sur le site internet du SIVOM: www.sivom-bethunois.fr ou auprès de votre mairie

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 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

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				Coprolacte	
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

.....

