

# Centre de Loisirs Toussaint 2023

Inscriptions du 4 septembre au 4 octobre 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 2023 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

**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 :

- Allouagne (Ecole Dolto Monnet, rue Paul Vaillant Couturier)
- Hinges (Groupe Scolaire La Colline, rue des fusillés)
- Verquigneul (Ecole Marie-Paul Armand, sentier du château)

### Ouverture du centre à la journée :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lundi 23 octobre    | <input type="checkbox"/> Lundi 30 octobre    |
| <input type="checkbox"/> Mardi 24 octobre    | <input type="checkbox"/> Mardi 31 octobre    |
| <input type="checkbox"/> Mercredi 25 octobre | <input type="checkbox"/> Jeudi 2 novembre    |
| <input type="checkbox"/> Jeudi 26 octobre    | <input type="checkbox"/> Vendredi 3 novembre |
| <input type="checkbox"/> Vendredi 27 octobre |  |

## ▪ RENSEIGNEMENTS :

Mairie d'Oblinghem : 03.21.56.81.96

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)



COMMUNE D'OBLINGHEM

▪ **TARIFS :**

<b>Oblinghem</b>	PETITES VACANCES	
	<617	>618
	11,00 €	12,00 €

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

<b>AUTORISATIONS</b>
----------------------

➤ **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»)**

