



# ACCUEIL DE LOISIRS

## 3- 10 ans



### Dossier individuel d'inscription 2019-2020

Nom et prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse de facturation : \_\_\_\_\_

	Responsable légal 1	Responsable légal 2
	<i>si divorce joindre copie du jugement</i>	
NOM		
PRENOM		
ADRESSE COMPLETE		
TEL. FIXE		
TEL. PORTABLE		
E-MAIL		
TEL. PROFESSIONNEL		
PROFESSION & LIEU		
N° SECURITE SOCIALE		
ORGANISME D'AFFILIATION	<input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> CAF N° _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> CAF N° _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____

**\*Pour les ressortissants CAF merci de mettre à jour votre situation sur le site de la CAF**

Nom et adresse de votre compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_

N° police de l'assurance extrascolaire : \_\_\_\_\_

## DOSSIER MEDICAL

La fiche sanitaire de liaison (et la copie des vaccins du carnet de santé)

## PAIEMENT

Les facturations seront établies par la Communauté de Communes de Haute Cornouaille chaque début de mois

## BILLET DE DECHARGE

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ responsable légal de \_\_\_\_\_

- Déclare exacts l'ensemble des renseignements portés sur ce dossier
- Autorise les responsables du séjour à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et m'engage à rembourser les honoraires médicaux et les frais pharmaceutiques engagés par l'ULAMiR Aulne
- Autorise mon enfant à utiliser les transports du Centre de loisirs pour toutes destinations
- Autorise le centre à photographier, à filmer mon enfant, dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs, pour exposer au centre, diffuser dans la presse, sur le site internet...
- Autorise une tiers personne à venir chercher mon enfant à l'accueil de loisirs,

Précisez :(nom/prénom/n° tél.) \_\_\_\_\_

Les mercredis et vacances scolaires :

\* Châteauneuf-du-Faou - 13 rue du Général de Gaulle - Tel : 02-98-81-75-06 / cantine : 02-98-73-26-04

\* Coray - École publique de Leurgadoret - Tel : 02-98-59-19-51 / cantine : 02-98-59-33-26

## Votre inscription sera effective :

\* à la réception du **dossier ci-joint complet** (composé des informations individuelles, du bulletin d'inscription et de la fiche sanitaire de liaison)

\* de votre dernier avis d'imposition (si allocataire MSA ou autres régimes)

\* dans certains cas, les bons MSA, Comité d'entreprise, FASTT, JPA (écoles)... **à nous remettre avec le dossier d'inscription**

## LES TARIFS : (mis en application au 1 juin 2019)

Quotient Familial	< 650	651-900	901-1100	1101-1400	1401-1600	> 1601 et extérieur CCHC*
Journée	7,00 €	10,00 €	12,00 €	14,00 €	16,50 €	18,00 €
½ Journée avec repas	5,00 €	7,50 €	9,50 €	11,00 €	12,50 €	14,00 €
½ journée sans repas	3,50 €	5,50 €	6,50 €	8,00 €	9,50 €	10,50 €
Journée camp (CCHC)	9,00 €	12,50 €	14,50 €	16,50 €	18,50 €	20,00 €
Accueil matin ou soir	1,00 €					

\* = Extérieur CCHC : représentants légaux de l'enfant ne résidant pas sur la Communauté de Communes de Haute Cornouaille

**En cas d'absence injustifiée : les journées seront facturées sans présentation d'un certificat médical (dans un délai maximal de 3 jours).**

- Atteste avoir pris connaissance des tarifs

Signature(s) du (des) représentant(s) légal(aux)

Le ...../...../ 20.....

précédée(s) de la mention « lu et approuvé »



**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON  
2019-2020**

**1- L'ENFANT :**      **FILLE**       **GARCON**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : ...../...../.....

Poids de l'enfant : \_\_\_\_\_

**2 – VACCINATIONS :**      OUI  (photocopie ou certificat)      NON  (certificat)

**Merci de nous fournir la photocopie du carnet de santé ou un certificat médical attestant que les vaccins sont à jour.** Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre indication

**3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour :      OUI       NON

**Si oui,** joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondant (boîtes dans leur emballage d'origine et marquées au nom de l'enfant avec la notice).

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	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	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	
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       - ALIMENTAIRES OUI     NON

- MEDICAMENTEUSES OUI     NON       - AUTRES \_\_\_\_\_

**4- RECOMMANDATIONS DES RESPONSABLES LEGAUX :**

Port de lunettes       Appareil auditif       Appareil dentaire

Recommandations et/ou difficultés de santé(en précisant les précautions à prendre) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5- RESPONSABLES DE L'ENFANT :**

NOM : \_\_\_\_\_      PRENOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

**NUMEROS TELEPHONE :**

Responsable 1 : mobile \_\_\_\_\_      fixe \_\_\_\_\_      travail \_\_\_\_\_

Responsable 2 : mobile \_\_\_\_\_      fixe \_\_\_\_\_      travail \_\_\_\_\_

Médecin traitant : Nom \_\_\_\_\_      N° tel \_\_\_\_\_

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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Date :

signature(s)