



ACCUEIL DE LOISIRS

3- 10 ans



Dossier individuel d'inscription 2018-2019

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Adresse de facturation :

.....

	Le père ou autre responsable légal	La mère ou autre responsable légal
	<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"/> CAF N° <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> CAF N° <input type="checkbox"/> MSA <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 organisme d'affiliation :

.....

Nom et adresse de votre compagnie d'assurance :

.....

N° police de l'assurance extrascolaire :

DOSSIER MEDICAL

- La fiche sanitaire de liaison (à compléter avec le 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 et 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.) :.....

Sur les mercredis trois sites sont ouverts :

- * 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 Leurgadore - Tel : 02-98-59-19-51 / cantine : 02-98-59-33-26
- * Trégourez - École publique place de la mairie - Tél : 02-98-59-12-73 / cantine : 02-98-59-17-55

Sur les périodes de vacances scolaires, les ALSH de Châteauneuf du Faou et Coray sont ouverts

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^{er} janvier 2015): **En cas d'absence injustifiée : les journées seront facturées sans présentation d'un certificat médical (dans un délai maximal de 3 jours).**

Quotient familial	< 600	601 - 800	801 - 1000	1001 - 1200	1201 - 1400	> 1400 et Extérieur CCHC
Journée ALSH	9 €	10,50 €	12 €	13,50 €	14 €	15 €
1/2 journée ALSH	4 €	5 €	6,50 €	8 €	8,50 €	9 €
1/2 journée + repas	7 €	8 €	9 €	11 €	11,50 €	12 €
Garderie matin ou soir	1€					

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

- Atteste avoir pris connaissance des tarifs

Signature(s) du (des) représentant(s) légal(aux)
précédée(s) de la mention « lu et approuvé »

Le/...../ 201.....

MINISTRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

NOM :	PRENOM :
--------------	-----------------

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le Service Animation Jeunesse. Elle évite de vous munir de son carnet de santé.

1- **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diptérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
OU DT Polio				Autres (préciser)	
OU Tétracoq				BCG	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.
Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

2 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il un traitement médical ? 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 DEJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES :

- ASTHME Oui Non
- ALIMENTAIRES Oui Non
- MEDICAMENTEUSES Oui Non
- AUTRES (animaux, plantes, pollen...) Oui Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir** (**Si automédication le signaler**).

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ? Oui Non

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

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne :

4 – RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM : **PRENOM :**

TEL DOMICILE **TEL TRAVAIL :** **TEL PORTABLE**

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) :

N° SECURITE SOCIALE (dont dépend l'enfant) : **(OBLIGATOIRE)**

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

DATE :

SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL