



ACCUEIL DE LOISIRS

3- 10 ans



Dossier individuel d'inscription 2020-2021

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		
ORGANISME D'AFFILIATION	<input type="checkbox"/> MSA N° _____ <input type="checkbox"/> CAF N° _____	<input type="checkbox"/> MSA N° _____ <input type="checkbox"/> CAF N° _____

**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/...../ 2020

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 _____

REGIME ALIMENTAIRE : CLASSIQUE SANS PORC VEGETARIEN VEGAN

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)