



POLE ENFANCE

DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION

POUR LE PÉRISCOLAIRE (garderie), LE SOUTIEN SCOLAIRE, L'ACCUEIL DE LOISIRS

PERIODE 1 – du 1^{er} Septembre au 31 Octobre 2020

Le dossier d'inscription sera à déposer, selon les modalités fixées ci-dessous, au Service
Enfance/Enseignement avant le 28 Août 2020.

Pour toute information complémentaire, vous pouvez contacter le service au 03.27.53.10.80 – Poste 339 de 8h30 à 12h00 et de 13h30 à 17h00.

RAPPEL :

L'inscription aura lieu, uniquement, si toutes les factures de l'année scolaire 2019-2020 sont soldées.

PIECES A FOURNIR :

Même si vous avez déjà rempli un dossier d'inscription les années précédentes, il est **INDISPENSABLE** de compléter ce dossier d'inscription et de fournir l'ensemble des pièces demandées :

- Photocopie d'un justificatif de domicile de moins de 3 mois
- Photocopie de l'attestation d'assurance scolaire ou extra-scolaire, ou responsabilité civile
- Photocopie de l'attestation de paiement de la CAF
- Remplir le planning de fréquentation et fiche sanitaire

Pour des raisons liées à la sécurité de votre (vos) enfant(s), il est nécessaire de fournir tous les renseignements demandés, particulièrement les numéros de téléphone qui permettront de vous contacter en cas d'urgence.

Pour tout changement en cours d'année, devra être signaler.

PRESENTATION DU SERVICE « SOUTIEN SCOLAIRE »

Ce service municipal, effectué par le personnel du service enfance/petite enfance, permet d'accompagner les enfants dans l'acquisition d'une méthodologie de travail afin de réaliser leurs devoirs en toute autonomie.

Les séances (capacité maximale de 20 enfants par séance et par école) sont proposées pour les élémentaires (du CP au CM2) fréquentant les écoles Nelson MANDELA, Suzanne LANNOY BLIN et le Groupe Scolaire MESPREUVEN, les lundis, mardis, jeudis de 16h30 à 17h50.

Pour les enfants scolarisés à l'Ecole Les Longs Prés, ce service est géré par l'Association RAIL ATAC (Tél : 03.27.65.85.80)

PRESENTATION DU SERVICE « PERISCOLAIRE – Garderie Matin & Soir »

Ce service est ouvert aux enfants de 2 à 12 ans scolarisés à Louvroil et pour lesquels leurs parents travaillent et, se déroule à la Maison de la Parentalité Place du Général de Gaulle (30 enfants maxi) et à la Maison de la Parentalité école Suzanne Lannoy Blin (16 enfants maxi), les lundis, mardis, jeudis et vendredis de 7h30 à 8h30 et de 16h30 à 18h00.

PRESENTATION DU SERVICE « ACCUEILS DE LOISIRS »

La municipalité propose un Accueil de Loisirs, les Mercredis et Samedis de 13h30 à 17h30, ainsi que pendant les vacances du lundi au vendredi (13h30-17h30) et de 9h00 à 17h00 le mercredi, dans les lieux suivants :

- Ecole Suzanne LANNOY BLIN (Sous le Bois) pour 20 enfants âgés de 2 à 6 ans,
- Centre DORLODOT (Sous le Bois) pour 49 enfants âgés de 6 à 12 ans,
- Au Château Enchanté pour 64 enfants âgés de 2 à 6 ans.

TARIFICATION

L'ensemble des prestations sollicitées devra faire l'objet d'un règlement à l'inscription, soit par chèque, Carte Bleue ou Espèces.

TARIFS SOUTIEN SCOLAIRE

Le prix de la séance de 1h20 est fixé à 20 cents

TARIFS PERISCOLAIRE ET ACCUEIL DE LOISIRS

Les tarifs sont uniques et dégressifs selon le nombre d'enfants et le quotient familial

NOMBRE D'ENFANTS	0€≤QF≤369€	370€≤QF≤499€	500€≤QF≤700€	QF>700€
1	0.25 €/h Soit 1 € pour 4 h & 2 € pour 8h	0.45 €/h Soit 1.80 € pour 4 h & 3.60 € pour 8h	0.55 €/h Soit 2.20 € pour 4 h & 4.40 € pour 8h	0.61 €/h Soit 2.45 € pour 4 h & 4.90 € pour 8h
2	0.45 €/h Soit 1.80 € pour 4 h & 3.60 € pour 8h	0.65 €/h Soit 2.60 € pour 4 h & 5.20 € pour 8h	0.70 €/h Soit 2.80 € pour 4 h & 5.60 € pour 8h	0.80 €/h Soit 3.20 € pour 4 h & 6.40 € pour 8h
3	0.65 €/h Soit 2.60 € pour 4 h & 5.20 € pour 8h	0.80 €/h Soit 3.20 € pour 4 h & 6.40 € pour 8h	0.85 €/h Soit 3.40 € pour 4 h & 6.80 € pour 8h	1.05 €/h Soit 4.20 € pour 4 h & 8.40 € pour 8h
4	0.75 €/h Soit 3.00 € pour 4 h & 6.00 € pour 8h	0.85 €/h Soit 3.40 € pour 4 h & 6.80 € pour 8h	0.90 €/h Soit 3.60 € pour 4 h & 7.20 € pour 8h	1.25 €/h Soit 5.00 € pour 4 h & 10.00€ pour 8h

REMBOURSEMENT

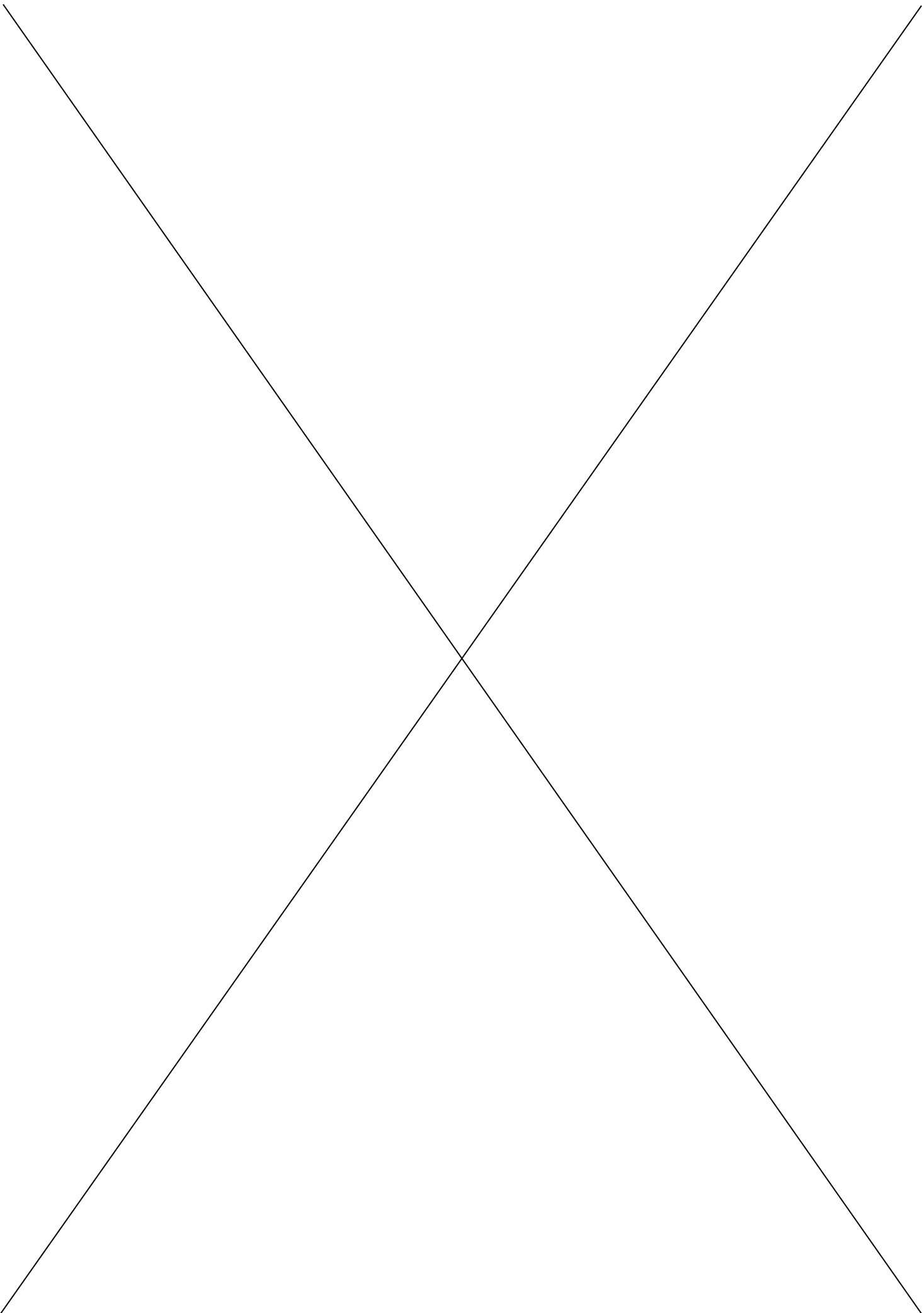
Le remboursement sera possible uniquement sur présentation d'un certificat médical dans un délai d'une semaine.

COORDONNEES DE LA FAMILLE – RESPONSABLES LEGAUX

<p><u>Père :</u> Autorité parentale : oui / non Nom : Prénom : Adresse : Code postal : Ville : Téléphone :/...../...../...../..... Téléphone portable :/...../...../...../..... N° allocataire CAF : Date de naissance :/...../..... Profession : E-mail :</p>	<p><u>Mère :</u> Autorité parentale : oui / non Nom : Prénom : Adresse : Code postal : Ville : Téléphone :/...../...../...../..... Téléphone portable :/...../...../...../..... N° allocataire CAF : Date de naissance :/...../..... Profession : E-mail :</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Autre personne en responsabilité avec l'enfant :
 Lien avec l'enfant :
 Nom :
 Prénom :
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 Téléphone :/...../...../...../.....
 Téléphone portable :/...../...../...../.....
 N° allocataire CAF :
 Date de naissance :/...../.....
 Profession :
 E-mail :

Nom de l'enfant	Prénom	Date de Naissance	Ecole fréquentée



FICHE ENFANT 1

NOM :

PRENOM :

ECOLE :

CLASSE :

Né(e) le :

À

Veillez mettre une croix pour les jours de présence

PLANNING SOUTIEN SCOLAIRE

Attention, ce service prendra effet à partir du 02/11/2020

PLANNING ACCUEIL DE LOISIRS

PERIODE SCOLAIRE	Mer	Sam	Mer	Sam	Mer	Sam	Mer	Sam	Mer	Sam	Mer	Sam
	09-09	12-09	16-09	19-09	23-09	26-09	30-09	03-10	07-10	10-10	14-10	17-10
Château Enchanté												
Centre Dorlodot												
Suzanne Lannoy Blin												

VACANCES DE TOUSSAINT	Lu	Mar	Mer	Jeu	Ven	Lu	Mar	Mer	Jeu	Ven
	19-10	20-10	21-10	22-10	23-10	26-10	27-10	28-10	29-10	30-10
Château Enchanté										
Centre Dorlodot										
Suzanne Lannoy Blin										

PLANNING PERISCOLAIRE

Périscolaire		Jeu	Ven	Lun	Mar	Jeu	Ven	Lun	Mar	Jeu	Ven	Lun	Mar	Jeu	Ven
		03-09	04-09	07-09	08-09	10-09	11-09	14-09	15-09	17-09	18-09	21-09	22-09	24-09	25-09
Centre	Matin														
	Après Midi														
Sous Le Bois	Matin														
	Après Midi														

Périscolaire		Lun	Mar	Jeu	Ven	Lun	Mar	Jeu	Ven	Lun	Mar	Jeu	Ven
		28-09	29-09	01-10	02-10	05-10	06-10	08-10	09-10	12-10	13-10	15-10	16-10
Centre	Matin												
	Après Midi												
Sous Le Bois	Matin												
	Après Midi												

PERSONNES A CONTACTER : (En cas d'accident, la Ville s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone.)

Nom et Prénom des parents ou du responsable légal :

Adresse:

☎ du domicile : / / / /

Mail :

☎ de la mère : / / / /

Profession :

☎ du père : / / / /

Profession :

Coordonnées d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

Nom- Prénom : - ☎ / / / /

En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté ; la famille est avertie par nos soins.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :

Nom du médecin traitant :

Son Numéro de téléphone :

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre) :

.....

.....

AUTORISATION :

Autorise mon enfant à repartir : Seul
Accompagné

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame

Autorisons l'anesthésie de (nom et prénom de l'enfant) au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il / elle devrait subir une intervention chirurgicale.

À Le

SIGNATURE

**L'ENFANT****FICHE SANITAIRE DE
LIAISON**

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE **1 – VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). **pas de photocopie**

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANTL'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou 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.**A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS 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 A TENIR**P.A.I** (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....
.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....

3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....
.....

4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui non

Bonnet de bain obligatoire à fournir lors de la sortie piscine

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui non

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussignée, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date : Signature :

FICHE ENFANT 2

NOM :

PRENOM :

ECOLE :

CLASSE :

Né(e) le :

À

Veillez mettre une croix pour les jours de présence

PLANNING SOUTIEN SCOLAIRE

Attention, ce service prendra effet à partir du 02/11/2020

PLANNING ACCUEIL DE LOISIRS

PERIODE SCOLAIRE	Mer	Sam	Mer	Sam	Mer	Sam	Mer	Sam	Mer	Sam	Mer	Sam
	09-09	12-09	16-09	19-09	23-09	26-09	30-09	03-10	07-10	10-10	14-10	17-10
Château Enchanté												
Centre Dorlodot												
Suzanne Lannoy Blin												

VACANCES DE TOUSSAINT	Lu	Mar	Mer	Jeu	Ven	Lu	Mar	Mer	Jeu	Ven
	19-10	20-10	21-10	22-10	23-10	26-10	27-10	28-10	29-10	30-10
Château Enchanté										
Centre Dorlodot										
Suzanne Lannoy Blin										

PLANNING PERISCOLAIRE

Périscolaire		Jeu	Ven	Lun	Mar	Jeu	Ven	Lun	Mar	Jeu	Ven	Lun	Mar	Jeu	Ven
		03-09	04-09	07-09	08-09	10-09	11-09	14-09	15-09	17-09	18-09	21-09	22-09	24-09	25-09
Centre	Matin														
	Après Midi														
Sous Le Bois	Matin														
	Après Midi														

Périscolaire		Lun	Mar	Jeu	Ven	Lun	Mar	Jeu	Ven	Lun	Mar	Jeu	Ven
		28-09	29-09	01-10	02-10	05-10	06-10	08-10	09-10	12-10	13-10	15-10	16-10
Centre	Matin												
	Après Midi												
Sous Le Bois	Matin												
	Après Midi												

PERSONNES A CONTACTER : (En cas d'accident, la Ville s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone.)

Nom et Prénom des parents ou du responsable légal :

Adresse:

☎ du domicile : / / / /

Mail :

☎ de la mère : / / / /

Profession :

☎ du père : / / / /

Profession :

Coordonnées d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

Nom- Prénom : - ☎ / / / /

En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté ; la famille est avertie par nos soins.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :

Nom du médecin traitant :

Son Numéro de téléphone :

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre) :

.....

.....

AUTORISATION :

Autorise mon enfant à repartir : Seul
Accompagné

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame

Autorisons l'anesthésie de (nom et prénom de l'enfant) au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il / elle devrait subir une intervention chirurgicale.

À Le

SIGNATURE

**L'ENFANT****FICHE SANITAIRE DE
LIAISON**

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE **1 – VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). **pas de photocopie**

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANTL'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou 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.**A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS 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 A TENIR**P.A.I** (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....
.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION)
EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....

3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....
.....

4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui non

Bonnet de bain obligatoire à fournir lors de la sortie piscine

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui non

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussignée, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date : Signature :

FICHE ENFANT 3

NOM :

PRENOM :

ECOLE :

CLASSE :

Né(e) le :

À

Veillez mettre une croix pour les jours de présence

PLANNING SOUTIEN SCOLAIRE

Attention, ce service prendra effet à partir du 02/11/2020

PLANNING ACCUEIL DE LOISIRS

PERIODE SCOLAIRE	Mer	Sam	Mer	Sam	Mer	Sam	Mer	Sam	Mer	Sam	Mer	Sam
	09-09	12-09	16-09	19-09	23-09	26-09	30-09	03-10	07-10	10-10	14-10	17-10
Château Enchanté												
Centre Dorlodot												
Suzanne Lannoy Blin												

VACANCES DE TOUSSAINT	Lu	Mar	Mer	Jeu	Ven	Lu	Mar	Mer	Jeu	Ven
	19-10	20-10	21-10	22-10	23-10	26-10	27-10	28-10	29-10	30-10
Château Enchanté										
Centre Dorlodot										
Suzanne Lannoy Blin										

PLANNING PERISCOLAIRE

Périscolaire		Jeu	Ven	Lun	Mar	Jeu	Ven	Lun	Mar	Jeu	Ven	Lun	Mar	Jeu	Ven
		03-09	04-09	07-09	08-09	10-09	11-09	14-09	15-09	17-09	18-09	21-09	22-09	24-09	25-09
Centre	Matin														
	Après Midi														
Sous Le Bois	Matin														
	Après Midi														

Périscolaire		Lun	Mar	Jeu	Ven	Lun	Mar	Jeu	Ven	Lun	Mar	Jeu	Ven
		28-09	29-09	01-10	02-10	05-10	06-10	08-10	09-10	12-10	13-10	15-10	16-10
Centre	Matin												
	Après Midi												
Sous Le Bois	Matin												
	Après Midi												

PERSONNES A CONTACTER : (En cas d'accident, la Ville s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone.)

Nom et Prénom des parents ou du responsable légal :

Adresse:

☎ du domicile : / / / /

Mail :

☎ de la mère : / / / /

Profession :

☎ du père : / / / /

Profession :

Coordonnées d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

Nom- Prénom : - ☎ / / / /

En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté ; la famille est avertie par nos soins.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :

Nom du médecin traitant :

Son Numéro de téléphone :

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre) :

.....

.....

AUTORISATION :

Autorise mon enfant à repartir : Seul
Accompagné

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame

Autorisons l'anesthésie de (nom et prénom de l'enfant) au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il / elle devrait subir une intervention chirurgicale.

À Le

SIGNATURE

**L'ENFANT****FICHE SANITAIRE DE
LIAISON**

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE **1 – VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). **pas de photocopie**

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANTL'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou 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.**A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS 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 A TENIR**P.A.I** (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....
.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....

3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....
.....

4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui non

Bonnet de bain obligatoire à fournir lors de la sortie piscine

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui non

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussignée, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date : Signature :

FICHE ENFANT 4

NOM :

PRENOM :

ECOLE :

CLASSE :

Né(e) le :

À

Veillez mettre une croix pour les jours de présence

PLANNING SOUTIEN SCOLAIRE

Attention, ce service prendra effet à partir du 02/11/2020

PLANNING ACCUEIL DE LOISIRS

PERIODE SCOLAIRE	Mer	Sam	Mer	Sam	Mer	Sam	Mer	Sam	Mer	Sam	Mer	Sam
	09-09	12-09	16-09	19-09	23-09	26-09	30-09	03-10	07-10	10-10	14-10	17-10
Château Enchanté												
Centre Dorlodot												
Suzanne Lannoy Blin												

VACANCES DE TOUSSAINT	Lu	Mar	Mer	Jeu	Ven	Lu	Mar	Mer	Jeu	Ven
	19-10	20-10	21-10	22-10	23-10	26-10	27-10	28-10	29-10	30-10
Château Enchanté										
Centre Dorlodot										
Suzanne Lannoy Blin										

PLANNING PERISCOLAIRE

Périscolaire		Jeu	Ven	Lun	Mar	Jeu	Ven	Lun	Mar	Jeu	Ven	Lun	Mar	Jeu	Ven
		03-09	04-09	07-09	08-09	10-09	11-09	14-09	15-09	17-09	18-09	21-09	22-09	24-09	25-09
Centre	Matin														
	Après Midi														
Sous Le Bois	Matin														
	Après Midi														

Périscolaire		Lun	Mar	Jeu	Ven	Lun	Mar	Jeu	Ven	Lun	Mar	Jeu	Ven
		28-09	29-09	01-10	02-10	05-10	06-10	08-10	09-10	12-10	13-10	15-10	16-10
Centre	Matin												
	Après Midi												
Sous Le Bois	Matin												
	Après Midi												

PERSONNES A CONTACTER : (En cas d'accident, la Ville s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone.)

Nom et Prénom des parents ou du responsable légal :

Adresse:

☎ du domicile : / / / /

Mail :

☎ de la mère : / / / /

Profession :

☎ du père : / / / /

Profession :

Coordonnées d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

Nom- Prénom : - ☎ / / / /

En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté ; la famille est avertie par nos soins.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :

Nom du médecin traitant :

Son Numéro de téléphone :

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre) :

.....

.....

AUTORISATION :

Autorise mon enfant à repartir : Seul
Accompagné

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame

Autorisons l'anesthésie de (nom et prénom de l'enfant) au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il / elle devrait subir une intervention chirurgicale.

À Le

SIGNATURE

**L'ENFANT****FICHE SANITAIRE DE
LIAISON**

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE **1 – VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). **pas de photocopie**

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANTL'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou 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.**A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS 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 A TENIR**P.A.I** (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....
.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....

3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....
.....

4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui non

Bonnet de bain obligatoire à fournir lors de la sortie piscine

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui non

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussignée, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date : Signature :

FICHE ENFANT 5

NOM :

PRENOM :

ECOLE :

CLASSE :

Né(e) le :

À

Veillez mettre une croix pour les jours de présence

PLANNING SOUTIEN SCOLAIRE

Attention, ce service prendra effet à partir du 02/11/2020

PLANNING ACCUEIL DE LOISIRS

PERIODE SCOLAIRE	Mer	Sam	Mer	Sam	Mer	Sam	Mer	Sam	Mer	Sam	Mer	Sam
	09-09	12-09	16-09	19-09	23-09	26-09	30-09	03-10	07-10	10-10	14-10	17-10
Château Enchanté												
Centre Dorlodot												
Suzanne Lannoy Blin												

VACANCES DE TOUSSAINT	Lu	Mar	Mer	Jeu	Ven	Lu	Mar	Mer	Jeu	Ven
	19-10	20-10	21-10	22-10	23-10	26-10	27-10	28-10	29-10	30-10
Château Enchanté										
Centre Dorlodot										
Suzanne Lannoy Blin										

PLANNING PERISCOLAIRE

Périscolaire		Jeu	Ven	Lun	Mar	Jeu	Ven	Lun	Mar	Jeu	Ven	Lun	Mar	Jeu	Ven
		03-09	04-09	07-09	08-09	10-09	11-09	14-09	15-09	17-09	18-09	21-09	22-09	24-09	25-09
Centre	Matin														
	Après Midi														
Sous Le Bois	Matin														
	Après Midi														

Périscolaire		Lun	Mar	Jeu	Ven	Lun	Mar	Jeu	Ven	Lun	Mar	Jeu	Ven
		28-09	29-09	01-10	02-10	05-10	06-10	08-10	09-10	12-10	13-10	15-10	16-10
Centre	Matin												
	Après Midi												
Sous Le Bois	Matin												
	Après Midi												

PERSONNES A CONTACTER : (En cas d'accident, la Ville s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone.)

Nom et Prénom des parents ou du responsable légal :

Adresse:

☎ du domicile : / / / /

Mail :

☎ de la mère : / / / /

Profession :

☎ du père : / / / /

Profession :

Coordonnées d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

Nom- Prénom : - ☎ / / / /

En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté ; la famille est avertie par nos soins.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :

Nom du médecin traitant :

Son Numéro de téléphone :

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre) :

.....

.....

AUTORISATION :

Autorise mon enfant à repartir : Seul
Accompagné

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame

Autorisons l'anesthésie de (nom et prénom de l'enfant) au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il / elle devrait subir une intervention chirurgicale.

À Le

SIGNATURE

**L'ENFANT****FICHE SANITAIRE DE
LIAISON**

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE **1 – VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). **pas de photocopie**

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANTL'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou 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.**A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS 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 A TENIR**P.A.I** (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....
.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....

3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....
.....

4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui non

Bonnet de bain obligatoire à fournir lors de la sortie piscine

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui non

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussignée, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date : Signature :