



DOSSIER D'INSCRIPTION AU CENTRE DE LOISIRS DE MEREAU 6 AU 31 JUILLET 2026

Dossier complet à ramener à la mairie :

- Une fiche de renseignements administratifs (1 par famille),
- Une fiche sanitaire de liaison (Cerfa) – **1 par enfant**,
- Planning d'inscription
- Attestation CAF ou MSA pour le quotient familial,
- Photocopie des vaccinations de l'enfant ,
- Attestation de responsabilité civile

En cas d'allergies alimentaires ou toutes particularités nécessitant un accueil individuel, un P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) sera établi.

Aucune information ou document des années passées ne seront repris.

HORAIRE DU CENTRE :

De 7h30 à 9h00 :	Garderie
De 9h00 à 17h00 :	Centre de loisirs
De 17h00 à 18h30 :	Garderie

TARIFS DU CENTRE :

Quotient Familial	Tarif par enfant	
	½ journée sans repas	Journée avec repas
QF inférieur à 400 €	5.20 €	7.00 €
QF de 401 à 700 €	6.50 €	8.80 €
QF à partir de 701 €	7.00 €	10.00 €

- Sans quotient familial, le tarif le plus haut sera appliqué. (Repas : 3.30 €)

Tarif par enfant – Hors commune	
½ journée	Journée
14.10 €	16.40 €

Participation centre équestre : 12 € /heure / enfant

Participation grande sortie fin de centre : 25 € / enfant – tout le centre sera en sortie, pas d'autre accueil

Participation sortie kayak : 10 € / enfant

Participation sortie cirque : 5 € / enfant

La facturation aura lieu à la fin du centre. Les factures vous parviendront courant septembre. Elles pourront être payées par carte bancaire via internet, par chèque à l'ordre du Trésor Public et adressé à la trésorerie de Vierzon ou en liquide directement à la trésorerie.

AUCUN REGLEMENT SERA ACCEPTE EN MAIRIE.

Si vous avez une participation de votre comité entreprise ou autres, vous devrez joindre leur participation par chèque et l'adresser à la trésorerie de Vierzon avec les références de votre facture et le complément de règlement si besoin.

Les attestations pour les CE ou employeurs sont à remettre en mairie et seront complétées et renvoyées après la facturation.



FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS - 2026

Renseignements relatifs aux responsables légaux et ou payeur. (Obligatoire)

Nom, Prénom :		
PARENTS PAYEUR *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Date et lieu de naissance		
Adresse :		
Téléphone domicile :		
Téléphone portable :		
Profession :		
Adresse mail :		
Téléphone professionnel (En cas d'urgence)		

***ATTENTION :** pour les couples ne portant pas le même nom, merci d'indiquer un SEUL parent payeur, pour les couples portant le même nom, le parent payeur sera par défaut le père, si vous souhaitez un changement, merci de le préciser.

Situation familiale des responsables légaux : mariés, union libre, divorcés

Autres personnes autorisées à venir récupérer l'enfant :

Nom, Prénom :		
Qualité : grands-parents, tante etc...		

(Prévenir préalablement, l'équipe d'animation et l'enfant sera remis sur présentation d'une carte d'identité)

Renseignements relatifs à l'enfant :

	<u>Enfant 1</u>	<u>Enfant 2</u>	<u>Enfant 3</u>
Nom, Prénom			
Date de naissance :			
Sait-il nager ? (oui ou non uniquement)			
Particularités à savoir : (allergies, régime alimentaires ...)			

Renseignements complémentaires :

Allocation CAF : n° d'allocation :

Allocation MSA n° d'immatriculation :

Quotient familial :

Assurance responsabilité civile : Nom :

Numéro :

Médecin traitant :

Nom : Numéro de téléphone :

Adresse :

Autorisations parentales

1 feuille par enfant

Je soussigné, autorise mon enfant.....

Autorisation de photos :

J'autorise l'équipe à prendre en photo mon enfant à des fins pédagogiques (activités, presse, expos photos fin de centre...) :

OUI NON

Autorisation de transport de sortie :

J'autorise le personnel à sortir mon enfant par un moyen de transport collectif :

OUI NON

Autorisation d'administration de médicament :

J'autorise le personnel à administrer les médicaments prescrits par un médecin et sur présentation d'une ordonnance (uniquement) :

OUI NON

Autorisation d'urgence :

J'autorise le personnel à prendre les mesures d'urgences nécessaires (hospitalisation, pompiers, SAMU...)

OUI NON

Fait à le

Signatures des responsables légaux ou du tuteur légal

PLANNING D'INSCRIPTION – SECTION DES PETITS

CENTRE DE LOISIRS DE MEREAU – 2026

COCHER LES JOURS DE PRESENCES

1 planning par enfant

Pour la demie journée, jusqu'à midi sans repas ou à partir de 13h (avec et après le repas)

Activités : cocher pour inscription provisoire, sous réserve de place disponible

Tout changement devra être signalé au minimum 48 heures avant.

	Nom :				
	JOURNÉE	DEMI-JOURNÉE sans repas	DEMI-JOURNÉE avec repas	INSCRIPTIONS ACTIVITES	ACTIVITES PRINCIPALES NECESSITANT UNE RESERVATION
Lundi 6/07					
Mardi 7/07					
Mercredi 8/07					
Jeudi 9/07					PISCINE
Vendredi 10/07					
Lundi 13/07					
Mardi 14/07	FERIE	FERIE	FERIE	FERIE	FERIE
Mercredi 15/07					CIRQUE
Jeudi 16/07					
Vendredi 17/07					
Lundi 20/07					PONEY
Mardi 21/07					
Mercredi 22/07					
Jeudi 23/07					
Vendredi 24/07					GRAND JEU
Lundi 27/07					
Mardi 28/07					SORTIE BEAUVAL
Mercredi 29/07					
Jeudi 30/07					FETE DU CENTRE
Vendredi 31/07					CINEMA

PLANNING D'INSCRIPTION – SECTION DES MOYENS

CENTRE DE LOISIRS DE MEREAU – 2026

COCHER LES JOURS DE PRESENCES

1 planning par enfant

Pour la demie journée, jusqu'à midi sans repas ou à partir de 13h (avec et après le repas)

Activités : cocher pour inscription provisoire, sous réserve de place disponible

Tout changement devra être signalé au minimum 48 heures avant.

Nom :					
	JOURNÉE	DEMI-JOURNÉE sans repas	DEMI-JOURNÉE avec repas	INSCRIPTIONS ACTIVITES	ACTIVITES PRINCIPALES NECESSITANT UNE RESERVATION
Lundi 6/07					
Mardi 7/07					
Mercredi 8/07					PISCINE
Jeudi 9/07					
Vendredi 10/07					
Lundi 13/07					
Mardi 14/07	FERIE	FERIE	FERIE	FERIE	FERIE
Mercredi 15/07					CIRQUE
Jeudi 16/07					
Vendredi 17/07					
Lundi 20/07					
Mardi 21/07					PONEYS
Mercredi 22/07					SOIREE PIZZAS VEILLEE
Jeudi 23/07					
Vendredi 24/07					GRAND JEU
Lundi 27/07					
Mardi 28/07					SORTIE BEAUVAL
Mercredi 29/07					
Jeudi 30/07					FETE DU CENTRE
Vendredi 31/07					SURPRISE

PLANNING D'INSCRIPTION – SECTION DES GRANDS

CENTRE DE LOISIRS DE MEREAU – 2026

COCHER LES JOURS DE PRESENCES

1 planning par enfant

Pour la demie journée, jusqu'à midi sans repas ou à partir de 13h (avec et après le repas)

Activités : cocher pour inscription provisoire, sous réserve de place disponible

Tout changement devra être signalé au minimum 48 heures avant.

	Nom :				
	JOURNÉE	DEMI-JOURNÉE sans repas	DEMI-JOURNÉE avec repas	INSCRIPTIONS ACTIVITES	ACTIVITES PRINCIPALES NECESSITANT UNE RESERVATION
Lundi 6/07					
Mardi 7/07					SQUASH
Mercredi 8/07					
Jeudi 9/07					
Vendredi 10/07					SQUASH
Lundi 13/07					
Mardi 14/07	FERIE	FERIE	FERIE	FERIE	FERIE
Mercredi 15/07					
Jeudi 16/07					PISCINE
Vendredi 17/07					KAYAK
Lundi 20/07					
Mardi 21/07					ART FLORAL
Mercredi 22/07					SOIREE PIZZAS VEILLEE
Jeudi 23/07					PECHE OU PONEY
Vendredi 24/07					GRAND JEU
Lundi 27/07					
Mardi 28/07					SORTIE BEAUVAL
Mercredi 29/07					
Jeudi 30/07					FETE DU CENTRE
Vendredi 31/07					SURPRISE

CERFA N° 85-0233

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE A ETE CONJUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I . ENFANT NOM : PRENOM :
 SEXE GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE : ____/____/____

II. VACCINATIONS
(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES		DATES
	ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVARIOLIQUE	
Du DT polio	____/____/____
Du DT coq	____/____/____
Du Tétracoq	____/____/____
D'une prise polio	RAPPELS		____/____/____
			____/____/____
			____/____/____

SIL'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ?

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
.....	____/____/____
.....	____/____/____

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT
 L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
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"/> oui <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
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"/> oui <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :
 (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

.....

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

.....

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT ? non oui
 SI OUI, LEQUEL ?
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? non occasionnellement oui
 S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? non oui

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT
 NOM : PRENOMS :
 ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° DE S.S. _____ N° DE TEL _____ DOMICILE _____ BUREAU _____

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :
 Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : Signature :

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR : Cachet de l'Organisme (siège social)

ARRIVEE LE ____/____/____
 DEPART LE ____/____/____

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)
 PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

.....

