DOSSIER D'INSCRIPTION AU CENTRE DE LOISIRS DE MEREAU
7 JUILLET AU 1er AOUT 2025

REUNION D'INFORMATION DES PARENTS
SAMEDI 14 JUIN 2025 A 11H 00 – à la mairie de Méreau

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 documents des années passées ne seront repris.

HORAIRES 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 sortie fin de centre : 25 € / enfant

La facturation aura lieu à la fin du centre. Les factures vous parviendront courant août. 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

Renseignements relatifs aux responsables légaux et ou payeurs.

Nom, Prénom :		
PARENTS PAYEUR *	☐	☐
Date et lieu de naissance		
Adresse :		
Téléphone domicile :		
Téléphone portable :		
Profession :		
Téléphone professionnel (En cas d'urgence)		

*ATTENTION : pour les couples ne portant pas le même nom, merci d'indiquer le nom du 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 à prévenir en cas d'urgence :

Qualité : grands-parents, tante		
Nom, Prénom :		

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

Renseignements relatifs à l'enfant :

	Enfant 1	**Enfant 2**	**Enfant 3**
Nom, Prénom			
Date de naissance :			
Sait-il nager ? (oui ou non)			
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

Je soussigné ……, autorise mon (mes) enfant(s)…….

Autorisation de photos : J'autorise l'équipe à prendre en photo mon enfant à des fins pédagogiques (activités, presse…) **OUI** **NON*(rayer la mention inutile)**

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 CENTRE DE LOISIRS DE MEREAU - 2025

COCHER LES JOURS DE PRESENCES

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

***préciser :** avec repas ou sans repas

Enfant n°1 :	**Nom :**		**Enfant n°2 :**	**Nom :**	
	JOURNÉE	*DEMI-JOURNÉE		JOURNÉE	*DEMI-JOURNÉE
Lundi 07/07			Lundi 07/07		
Mardi 08/07			Mardi 08/07		
Mercredi 09/07			Mercredi 09/07		
Jeudi 10/07			Jeudi 10/07		
Vendredi 11/07			Vendredi 11/07		
Lundi 14/07	FERIE	FERIE	Lundi 14/07	FERIE	FERIE
Mardi 15/07			Mardi 15/07		
Mercredi 16/07			Mercredi 16/07		
Jeudi 17/07			Jeudi 17/07		
Vendredi 18/07			Vendredi 18/07		
Lundi 21/07			Lundi 21/07		
Mardi 22/07			Mardi 22/07		
Mercredi 23/07			Mercredi 23/07		
Jeudi 24/07			Jeudi 24/07		
Vendredi 25/07			Vendredi 25/07		
Lundi 28/07			Lundi 28/07		
Mardi 29/07			Mardi 29/07		
Mercredi 30/07			Mercredi 30/07		
Jeudi 31/07			Jeudi 31/07		
Vendredi 01/08			Vendredi 01/08		

Enfant n°3 :	**Nom :**		**Enfant n°4 :**	**Nom :**	
	JOURNÉE	*DEMI-JOURNÉE		JOURNÉE	*DEMI-JOURNÉE
Lundi 07/07			Lundi 07/07		
Mardi 08/07			Mardi 08/07		
Mercredi 09/07			Mercredi 09/07		
Jeudi 10/07			Jeudi 10/07		
Vendredi 11/07			Vendredi 11/07		
Lundi 14/07	FERIE	FERIE	Lundi 14/07	FERIE	FERIE
Mardi 15/07			Mardi 15/07		
Mercredi 16/07			Mercredi 16/07		
Jeudi 17/07			Jeudi 17/07		
Vendredi 18/07			Vendredi 18/07		
Lundi 21/07			Lundi 21/07		
Mardi 22/07			Mardi 22/07		
Mercredi 23/07			Mercredi 23/07		
Jeudi 24/07			Jeudi 24/07		
Vendredi 25/07			Vendredi 25/07		
Lundi 28/07			Lundi 28/07		
Mardi 29/07			Mardi 29/07		
Mercredi 30/07			Mercredi 30/07		
Jeudi 31/07			Jeudi 31/07		
Vendredi 01/08			Vendredi 01/08		

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFA N° **85-0233**

CETTE FICHE A ETE CONCUE 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 GARCON ☐ 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
Du DT polio	.....	___/___/___
Du DT coq	.....	___/___/___
Du Tétracoq	.....	___/___/___
D'une prise polio RAPPELS	.....	___/___/___
	.....	___/___/___

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES		DATES	VACCINS	DATES
1er VACCIN	___/___/___	VACCIN	___/___/___	.....	___/___/___
REVACCINATION	___/___/___	1er RAPPEL	___/___/___	.....	___/___/___

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE
POURQUOI ? .....

	NATURE	DATES
INJECTIONS DE SERUM	.....	___/___/___
	.....	___/___/___

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
non ☐ oui ☐	non ☐ oui ☐	non ☐ oui ☐	non ☐ oui ☐	non ☐ oui ☐
COQUELUCHE	**OTITES**	**ASTHME**	**ROUGEOLE**	**OREILLONS**
non ☐ oui ☐	non ☐ oui ☐	non ☐ oui ☐	non ☐ oui ☐	non ☐ oui ☐

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) : .....
.....
.....

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

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.

Signature :

DATE : .....

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR : .....
.....
.....
.....
.....
.....

ARRIVEE LE ___/___/___
DEPART LE ___/___/___

Cachet de l'Organisme (siège social)

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)

.....
.....
.....
.....