

DOSSIER D'INSCRIPTION AU CENTRE DE LOISIRS DE MEREAU JUILLET 2022 THEME : NATURE ET ENVIRONNEMENT

Dossier complet à ramener à la mairie :

- Une fiche de renseignements administratifs,
- Une fiche sanitaire de liaison (Cerfa),
- 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.

HORAIRES DU CENTRE :

De 7h30 à 8h30 :	Garderie
De 8h30 à 17h30 :	Centre de loisirs
De 17h30 à 18h30 :	Garderie

TARIFS DU CENTRE :

Quotient Familial	Tarif par enfant	
	½ journée sans repas	Journée avec repas
QF inférieur à 400 €	4.50 €	6.10 €
QF de 401 à 700 €	5.60 €	7.60 €
QF à partir de 701 €	6.10 €	8.70 €

- Sans quotient familial, le tarif le plus haut sera appliqué.

Tarif par enfant – Hors commune	
½ journée	Journée
12.20 €	14.20 €

Participation centre équestre : 10 € /heure / enfant

Participation sortie fin de centre : 20 € / 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.



FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS.

Renseignements relatifs aux responsables légaux.

Nom, Prénom :		
Adresse :		
Téléphone domicile :		
Téléphone portable :		
Profession :		
Téléphone professionnel		

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

Autres personnes à prévenir en cas d'urgence :

Qualité : grands-parents, tante		
Nom, Prénom :		

(Le personnel sera préalablement prévenu et l'enfant sera remis sur présentation d'une carte d'identité à l'équipe d'animation).

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 ?			
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 soussigne, autorise mon (mes) enfant(s).....

Autorisation de photos : J'autorise l'équipe à prendre en photo mon enfant à fins des
pédagogique (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 médicament : J'autorise le personnel à administrer les
médicaments prescrit par le médecin et sur présentation d'une ordonnance : **OUI** **NON***

Autorisation d'urgence : J'autorise le personnel à prendre les mesures d'urgences nécessaire
(hospitalisé, pompiers, SAMU...) **OUI** **NON***

Fait à le

Signatures des responsables légaux ou du tuteur légal

PLANNING D'INSCRIPTION CENTRE DE LOISIRS DE MEREAU - 2022

Nom enfant			Nom enfant		
	JOURNÉE	DEMI-JOURNÉE		JOURNÉE	DEMI-JOURNÉE
Vendredi 8/07			Vendredi 8/07		
Lundi 11/07			Lundi 11/07		
Mardi 12/07			Mardi 12/07		
Mercredi 13/07			Mercredi 13/07		
Lundi 18/07			Lundi 18/07		
Mardi 19/07			Mardi 19/07		
Mercredi 20/07			Mercredi 20/07		
Jeudi 21/07			Jeudi 21/07		
Vendredi 22/07			Vendredi 22/07		
Lundi 25/07			Lundi 25/07		
Mardi 26/07			Mardi 26/07		
Mercredi 27/07			Mercredi 27/07		
Jeudi 28/07			Jeudi 28/07		
Vendredi 29/07			Vendredi 29/07		

Nom enfant	JOURNÉE	DEMI-JOURNÉE
Vendredi 08/07		
Lundi 11/07		
Mardi 12/07		
Mercredi 13/07		
Lundi 18/07		
Mardi 19/07		
Mercredi 20/07		
Jeudi 21/07		
Vendredi 22/07		
Lundi 25/07		
Mardi 26/07		
Mercredi 27/07		
Jeudi 28/07		
Vendredi 29/07		

CERFA N° 85-0233

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE A ETE CONÇUE 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		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES	DATES	DATES	DATES	DATES	DATES
Du DT polio	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Du DT coq	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Du Tétracoq	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
D'une prise polio	RAPPELS	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
1 ^{er} VACCIN	___/___/___	___/___/___	VACCIN	___/___/___	___/___/___	___/___/___
REVACCINATION	___/___/___	___/___/___	1 ^{er} RAPPEL	___/___/___	___/___/___	___/___/___

SI L'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"/>				
COQUELUCHE	OTTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
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)

.....
