



Mairie de Fagnières  
4 rue du Général Dautelle  
51510 FAGNIÈRES  
Tél. : 03.26.68.15.31  
Fax. : 03.26.66.41.53  
mairie.de.fagnieres@wanadoo.fr  
site : mairie-de-fagnieres.com

**Année scolaire 2011-2012**

**Dossier d'inscription**

Cadre réservé à l'administration

Dossier reçu le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Nombre d'enfants :  1 enfant  2 enfants  3 enfants ou +

Règlement des droits d'inscription :

Montant : \_\_\_\_\_ € N° de souche : \_\_\_\_\_

Mode de règlement :  chèque bancaire / postal  espèces  chèques vacances

Service :  Administratif  Jeunesse

# ALSH VACANCES DE FEVRIER 2012

À imprimer  
en 2 exemplaires

du 27 février au 02 mars

du 05 au 09 mars

**Pièces justificatives à fournir impérativement le jour de l'inscription :**

sauf pour les enfants inscrits aux mercredis et / ou aux vacances précédentes

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fiche sanitaire de liaison dûment remplie (par enfant)<br><b>pas de copie du carnet de santé</b> | <input type="checkbox"/> Avis d'imposition 2011 sur les revenus 2010<br><b>Si celui-ci n'est pas fourni, le tarif maximum sera appliqué</b>                                   |
| <input type="checkbox"/> Pour les employés de la Poste : attestation employeur  | <input type="checkbox"/> Attestation de paiement des prestations familiales 2012<br><b>Si celle-ci n'est pas fournie, aucune réduction ne sera appliquée</b>                  |
| <input type="checkbox"/> Règlement des droits d'inscription<br><b>Sauf si l'un des parents est agent postier</b>          | <input type="checkbox"/> Notification de la CAF ou de la MSA pour les aides aux temps libres 2012<br><b>Si celle-ci n'est pas fournie, aucune réduction ne sera appliquée</b> |
| <input type="checkbox"/> Présentation du livret de famille  | <input type="checkbox"/> Attestation de prise en charge Conseil Général / Foyer de l'enfance  |
| <input type="checkbox"/> Présentation d'un justificatif de domicile   |   |

**Responsable légal :**

- Les deux parents  Le père  La mère  Famille d'accueil / Foyer de l'enfance

Si l'un des parents est employé par l'agence La Poste cocher la case

<b>► Père</b> Nom ..... Prénom ..... Tel. Domicile : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ Tel. Port Père : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ Nom de l'employeur ..... Tel Travail Père ___ / ___ / ___ / ___ / ___	<b>► Mère</b> Nom (si différent) ..... Prénom ..... N° en cas d'urgence : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ Tel. Port Mère : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ Nom de l'employeur ..... Tel Travail Mère ___ / ___ / ___ / ___ / ___
---	--

- Adresse de facturation  Les deux parents  Le père  La mère  Famille d'accueil / Foyer de l'enfance

Code Postal \_\_\_\_\_ Ville .....

**► Si le ou les enfants sont en famille d'accueil / foyer de l'enfance :**

Nom ..... Prénom .....  
Adresse .....  
Code Postal \_\_\_\_\_ Ville .....  
Tel. Domicile : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Tel. Port : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**► Si participation du Conseil Général ou du Foyer de l'enfance, merci d'indiquer l'adresse de facturation :**

Nom de l'organisme participant (ex : Conseil Général, UDAFF, ...) : .....  
Adresse .....  
Code Postal \_\_\_\_\_ Ville .....

**Renseignements administratifs :**

Percevez-vous les allocations familiales :  Oui  Non  
Si oui, n° allocataire .....  
Quel organisme vous les verse :  CAF  MSA  Autre, précisez : .....  
N° responsabilité civile du ou des enfants : .....  
Nom de l'assurance : ..... Tel de l'assurance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_



## Enfants :

	Nom	Prénom	Sexe	Tranche d'âge	Date de naissance	Âge
Enfant 1	.....	.....	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> - de 6 <input type="checkbox"/> + de 6	___/___/___	___ ans
Enfant 2	.....	.....	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> - de 6 <input type="checkbox"/> + de 6	___/___/___	___ ans
Enfant 3	.....	.....	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> - de 6 <input type="checkbox"/> + de 6	___/___/___	___ ans
Enfant 4	.....	.....	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> - de 6 <input type="checkbox"/> + de 6	___/___/___	___ ans
Enfant 5	.....	.....	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> - de 6 <input type="checkbox"/> + de 6	___/___/___	___ ans

## Inscription

Merci de cocher pour chaque semaine la formule « avec ou sans repas » pour chaque enfant

### Facturation à la semaine

	Enfant 1		Enfant 2		Enfant 3		Enfant 4		Enfant 5	
	avec repas	sans repas	avec repas	sans repas	avec repas	sans repas	avec repas	sans repas	avec repas	sans repas
du 27 février au 03 mars	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
du 05 au 09 mars	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Autorisation parentale

Je soussigné (e) ..... agissant en qualité de  père  mère  tuteur

↳ autorise :

- les organisateurs et l'équipe de direction à faire pratiquer sur mon / mes enfant(s) tout traitement médical ou chirurgical en cas d'urgence. Dans ce cas, mon / mes enfant(s) devra être conduit au centre hospitalier le plus proche.
- la prise en charge de mon / mes enfant(s) par une personne autre que les tuteurs légaux à la sortie de l'Accueil de loisirs :  
 Nom, prénom : ..... Tel. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Nom, prénom : ..... Tel. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Nom, prénom : ..... Tel. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Nom, prénom : ..... Tel. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- mon / mes enfant(s), à participer aux sorties, à pratiquer toutes activités du centre de loisirs et à autoriser les déplacements en bus, à pied, à vélo ...
- la prise de photo(s) de mon / mes enfant(s), dans le cadre des activités / sorties organisées.

↳ n'autorise pas la ou les personnes suivante(s) à prendre en charge mon / mes enfants à la sortie de l'Accueil de loisirs :

Joindre la copie du jugement de divorce ou décision de justice

Nom, prénom : ..... Nom, prénom : .....  
 Nom, prénom : ..... Nom, prénom : .....

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés au dossier, et avoir pris connaissance des dispositions particulières et m'engage à les respecter.

Fait à ..... le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Signature des parents, précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

Père :	Mère :
--------	--------

**ⓘ Tout dossier incomplet ne sera pas accepté.**



1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON

FILLE

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Table with 5 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATE DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT Polio, Ou Tétracoq, BCG, Hépatite B, Rubéole-Oreillons-Rougeole, Coqueluche, Autres (préciser).

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

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant 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

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Form with checkboxes for RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, SCARLATINE, COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS.

ALLERGIES : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non  ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES \_\_\_\_\_

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui  non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui  non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE (pendant le séjour) : \_\_\_\_\_

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

N° SÉCURITÉ SOCIALE : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : \_\_\_\_\_

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL :  DE LA CMU  D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

Je soussigné, .....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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES