



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
www.mairie-de-fagnieres.com

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

Dossier d'inscription - ASLH mercredis année scolaire 2011-2012

À déposer en mairie

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

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Fiche sanitaire de liaison dûment remplie (par enfant)
pas de copie du carnet de santé<input type="checkbox"/> Pour les employés de la Poste : attestation employeur<input type="checkbox"/> Règlement des droits d'inscription
Sauf si l'un des parents est agent postier<input type="checkbox"/> Présentation du livret de famille<input type="checkbox"/> Présentation d'un justificatif de domicile | <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Avis d'imposition 2011 sur les revenus 2010
Si celui-ci n'est pas fourni, le tarif maximum sera appliqué<input type="checkbox"/> Attestation de paiement des prestations familiales<input type="checkbox"/> Notification de la CAF ou de la MSA pour les aides aux temps libres
Si celle-ci n'est pas fournie, aucune réduction ne sera appliquée<input type="checkbox"/> Attestation de prise en charge Conseil Général / Foyer de l'enfance |
|--|---|

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

Responsable légal :

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

Père

Nom

Prénom

Tel. Domicile : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Tel. Port Père : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Tel Travail Père : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Mère

Nom (si différent)

Prénom

N° en cas d'urgence : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Tel. Port Mère : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Tel Travail Mère : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Adresse

Code Postal _____ Ville

Adresse de Facturation si différente de celle au-dessus :

Adresse

Code Postal _____ Ville

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

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

Nom Prénom

Adresse

Code Postal _____ Ville

► **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



Recto
Verso

Renseignements administratifs :

Percevez-vous les allocations familiales : Oui Si oui, n° allocataire Non

Quel organisme vous les verse : CAF MSA Autre, précisez :

N° responsabilité civile du ou des enfants :

Nom de l'assurance : Tel de l'assurance : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Inscription

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

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
<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.

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