



## FICHE D'INSCRIPTION ALSH des vacances d'avril 2018



Nom & Prénom de l'enfant .....

Date de naissance ..... Ecole fréquentée .....

Nom du responsable .....

Adresse .....

Tél du responsable : Dom. .... Port .....

Bureau ..... Adresse mail : .....

Régime  CAF  MSA N° Allocataire (obligatoire) .....

Je soussigné(e), .....

souhaite inscrire mon enfant (nom/prénom)

.....  
A l'accueil de loisirs du Ventouzet pour les vacances d'avril.

- J'accepte que mon enfant soit pris en charge par le ramassage spécifique mis en place à cet effet. (voir détail ci dessous),**
- Autorise le responsable de l'accueil de loisirs à faire pratiquer en cas d'urgence, les soins médicaux nécessaires à la santé de mon enfant selon les prescriptions du médecin consulté.**
- Autorise l'équipe pédagogique à prendre des photos et vidéos et à les diffuser à des fins représentatives des activités (programmes, presse locale, ...)**

*Merci de cocher les points que vous acceptez*

Avec cette inscription, je m'engage à **informer à l'avance les présences et les absences** de mon enfant pour les vacances d'avril.

Fait à..... le ..... Signature

**En cas de changement ou annulation de dernier minute (enfant malade, etc...) merci de contacter le 06.76.32.09.07 (direction) ou le 06.65.55.18.72 (chauffeur du bus).**

**[A retourner le plus rapidement possible pour réserver les places par mail ou courrier leventouzet@orange.fr](mailto:leventouzet@orange.fr)**



## Inscriptions pour les Vacances d'Avril Année Scolaire 2017-2018

Afin d'organiser au mieux les journées merci de cocher les jours de présence de votre enfant pour les vacances d'avril.

Prénom	23/04/18	24/04/18	25/04/18	26/04/18	27/04/18

**Rappel des horaires et lieu de ramassage :**

Horaire Départ	Lieu de Ramassage		Horaire Retour
<b>8h30</b>	Marvejols	Arrêt bus scolaires (entre lycée Terre Nouvelle et Esplanade)	<b>18 h</b>
<b>8h45</b>	Aumont	Gare	<b>17h 45</b>
<b>8h30</b>	Nasbinals	Foirail	<b>17h50</b>
<b>8h40</b>	Malbouzon	Devant l'école	<b>17h40</b>
<b>9h00</b>	Fournels	Foirail	<b>17h20</b>

Lieu de départ souhaité : .....

**En cas de changement ou d'annulation n'oubliez pas de prévenir aux numéros sur la première page**

Prix de la **journée** : **19,80 €**      Forfait **3 journées** : **54,90 €**      Forfait pour la **semaine** : **91,00 €**

A ce tarif, vient en Réduction «Familles nombreuses» du Ventouzet

**0.50 €** par enfant par jour pour les familles de deux enfants inscrits le même jour

**1.00 €** par enfant par jour pour les familles de trois enfants ou plus inscrits le même jour

Réduction possible CAF, MSA se renseigner .....

### **Pièces à fournir impérativement :**

- Photocopie attestation de Sécurité Sociale ou MSA
- Copie de l'Attestation des droits **CAF** avec quotient familial **N° Allocataire** .....
- Attestation des droits **MSA** se renseigner auprès d'eux....
- En cas d'éventuelle **contre-indication à une pratique sportive**, un certificat médical mentionnant celle-ci est obligatoire.
- Copie assurances (responsabilité civile)
- Fiche sanitaire dûment remplie
- Prévoir une paire de pantoufle, chaussons dans un petit sac à dos si temps humide.

Le 26 mars 2018

**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON**

**1- ENFANT**

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

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

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

Garçon  Fille

Taille : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_ Pointure : \_\_\_\_\_

Indispensable pour la prise de médicaments nécessaires pendant le séjour

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ; ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR

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

VACCINS OBLIGATOIRE	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtherie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE INDICATION. ATTENTION LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

**3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 (boites 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 ?**

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
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"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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"/>	

ALLERGIES : ASTHME : OUI  NON  MEDICAMENTEUSES OUI  NON   
ALIMENTAIRES : OUI  NON

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATIONS, OPERATIONS, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE -T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTESES DENTAIRES, ETC... PRECISEZ.

---

---

---

---

---

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?      NON       OCCASIONNELLEMENT       OUI   
S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE REGLEE ?      NON       OUI

#### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR) \_\_\_\_\_

N° de Téléphone :  
Mère : domicile \_\_\_\_\_ portable \_\_\_\_\_ travail \_\_\_\_\_  
Père : domicile \_\_\_\_\_ portable \_\_\_\_\_ travail \_\_\_\_\_

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT \_\_\_\_\_

*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 les mesures  
(traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.  
J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

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

---

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNEES DE L'ORGANISATEUR DU SEJOUR OU DU CENTRES DE VACANCES**

---

---

---

---

---

**OBSERVATIONS**