



## Fiche d'inscription individuelle « ALSH Eté 2018 » pour les 3 -12 ans

Nom Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Ecole fréquentée \_\_\_\_\_  Publique  Privé

Nom & Prénom du responsable \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tél du responsable : Domicile \_\_\_\_\_ Portable (père) \_\_\_\_\_

Travail \_\_\_\_\_ Portable (mère) \_\_\_\_\_

Adresse mail \_\_\_\_\_

Régime :  CAF  MSA N° Allocataire (obligatoire) \_\_\_\_\_

### Autorisations parentales *Merci de cocher les points que vous accepter*

Je soussigné(e), Madame, Monsieur ..... en qualité de père, mère, tuteur légal de l'enfant autorise :

- que mon enfant soit pris en charge par le ramassage spécifique mis en place à cet effet (voir détail si dessous) et lors des déplacements pendant la journée.
- 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.
- l'équipe pédagogique à prendre des photos et vidéos et à les diffuser à des fins représentatives des activités (programmes, presse locale, affiche, ...)

A cette inscription, je m'engage à informer à l'avance les présences et absences de mon enfant pour l'été.

Fait à ..... le ..... Signature

### Pièces à fournir pour toute inscription :

- Fiche de renseignement ci dessus dûment remplie
- Copie de l'attestation de sécurité sociale ou carte vitale (n° lisible)
- Copie du quotient familial au 1er janvier avec n° allocataire : \_\_\_\_\_
- Photocopie des assurances (responsabilité civile, individuelle accident)
- Fiche sanitaire remplie avec vaccins, et tous régimes alimentaires ou allergiques très important
- En cas de contre indication à une pratique sportive, un certificat médical mentionnant celle-ci est obligatoire
- Prévoir un sac à dos avec une gourde d'eau, crème solaire et casquette. Pour les enfants – 6 ans mettre un change et un doudou pour la sieste.

<b>Tarif :</b> 19,80 € la journée	54,90 € forfait 3 journées	91,00 € forfait semaine
-----------------------------------	----------------------------	-------------------------

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....

**Nous acceptons les règlements par espèces, chèque bancaire, chèque vacances et chèque CESU.**

L'inscription de l'enfant **engage la responsabilité des parents**, pour tout changement ou annulation, veuillez le signaler au plus tôt auprès du secrétariat du Domaine du Ventouzet **04.66.42.83.11** ou la journée sera facturée.

Faire **une croix les jours de présences de votre enfant**, pour tout changement par rapport à la première inscription le signaler au plus tard le **jeudi matin de la semaine précédente** pour nous permettre d'organiser au mieux les journées et l'encadrement de vos enfants.

### Inscriptions pour le mois de juillet 2018

9 juil	10 juil	11 juil	12 juil	13 juil	14 juil ferié	15 juil we	16 juil	17 juil	18 juil	19 juil	20 juil
21 juil we	22 juil we	23 juil	24 juil	25 juil	26 juil	27 juil	28 juil we	29 juil we	30 juil	31 juil	

### Inscriptions pour le mois d'août 2018

1 aout	2 aout	3 aout	4 aout we	5 aout we	6 aout	7 aout	8 aout	9 aout	10 aout	11 aout we	12 aout we
13 aout	14 aout	15 aout férié	16 aout	17 aout	18 aout we	19 aout we	20 aout	21 aout	22 aout	23 aout	24 aout

### Rappel des horaires et lieux de ramassage :

Horaire Départ	Lieu de Ramassage		Horaire Retour
<b>8 h 30</b>	<b>Marvejols</b>	Arrêt de bus scolaires (entre l'esplanade et le Lycee Terre Nouvelle)	<b>18 h 00</b>
<b>8 h 45</b>	<b>Aumont Aubrac</b>	Gare	<b>17 h 45</b>
<b>8 h 30</b>	<b>Nasbinals</b>	Foirail	<b>17 h 50</b>
<b>8 h 40</b>	<b>Malbouzon</b>	Devant l'école	<b>17 h 40</b>
<b>9 h 00</b>	<b>Fournels</b>	Foirail	<b>17 h 20</b>

Lieu du départ souhaité : .....

**EN CAS DE CHANGEMENT OU ANNULATION DU SOIR AU LENDEMAIN**  
**MERCI DE PREVENIR LES RESPONSABLES**  
**La Directrice du Ventouzet au 06.76.32.09.07.**  
**ou le Secrétariat du Domaine du Ventouzet au 04.66.42.83.11 et laisser un message**

**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**