

Une demande d'adhésion est mise en place au centre de loisirs valable 1 an à partir de chaque rentrée scolaire de septembre jusqu'à la fin de chaque vacance d'été. Elle vous permettra de participer à toutes les activités de l'association (mercredis, vacances, anniversaire, sortie ados...). Cette adhésion est de **12€ par famille** et vous sera facturée avec votre premier règlement.

Chers Parents,



Afin d'inscrire votre enfant au centre de loisirs les mercredis ou pendant les vacances scolaires, merci de remplir en intégralité cette feuille de renseignements. Pour plus de renseignements n'hésitez pas à me contacter au 04 73 88 75 58 ou par mail à lesptitsvolcans@ccvcommunaute.fr



Bonnes vacances à tous !

Yannick SAVOT, Directeur

Notice : Cette fiche de renseignements « **unique** » pour l'ensemble des activités proposées par l'association « Les P'tits Volcans » est à remplir **obligatoirement** et **complètement**. Cette fiche concerne les activités du centre de loisirs du **mercredi et des vacances, des vendredi etc...** Pour chaque activité (vacances, accueil de loisirs les mercredis...). Une simple fiche d'inscription supplémentaire vous sera demandée.

- A joindre à ce document :**
- **Photocopie du carnet des vaccinations**
 - **Attestation « responsabilité civile et garantie individuelle accident ».**
 - **Fiche sanitaire jointe avec le dossier**
 - **Attestation de quotient familial**

Enfant : (merci de bien remplir tous les champs)

NOM :

Prénom :

Age : Né(e) le ___ / ___ / ____ à

Sexe : Masculin Féminin Classe actuelle :

Adresse :

Code Postal : Commune :

Résidence : Résidence au domicile des parents Résidence alternée Résidence chez un tiers

Autre :

Remarque : Si votre enfant est concerné par un PAI, merci de compléter **IMPERATIVEMENT** la fiche sanitaire ci-jointe.

Assurance extra-scolaire (Compagnie, Numéro contrat) :

Remarques particulières (port de lunettes à quitter pendant les activités, lentilles, appareil dentaire...) :

.....

.....

.....

.....

Responsables : (merci de bien remplir tous les champs)

| | |
|---|---|
| Responsable 1 : Nom : Prénom : Adresse : Code postal : Commune : Téléphone maison : __/__/__/__/__ Téléphone travail : __/__/__/__/__ Téléphone portable : __/__/__/__/__ Mail :@..... Profession : Régime : <input type="checkbox"/> CAF / <input type="checkbox"/> MSA / <input type="checkbox"/> autre : Numéro allocataire* : Quotient familial* : | Responsable 2 : Nom : Prénom : Adresse : Code postal : Commune : Téléphone maison : __/__/__/__/__ Téléphone travail : __/__/__/__/__ Téléphone portable : __/__/__/__/__ Mail :@..... Profession : Régime : <input type="checkbox"/> CAF / <input type="checkbox"/> MSA / <input type="checkbox"/> autre : Numéro allocataire : Quotient familial : |
|---|---|

*Pour les activités du centre de loisirs, en cas d'absence du numéro d'allocataire CAF/RSA, le plein tarif sera appliqué

Autorisations :

Personnes habilitées à récupérer l'enfant autre que les parents :

| Nom | Prénom | Qualité | Numéro de téléphone |
|-----|--------|---------|---------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

- Oui** **Non** : Autorisation d'hospitalisation d'urgence.
- Oui** **Non** : Autorise l'encadrant à prendre toutes les décisions concernant mon enfant, en cas de maladie ou d'incident pour le faire soigner par le médecin le plus proche.
- Oui** **Non** : Autorisation de baignade.
- Oui** **Non** : Autorise l'équipe des intervenants à photographier ou filmer mon enfant dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs (vacances, mercredi...) afin de les diffuser sur nos moyens de communication (La Montagne, Facebook...).
- Oui** **Non** : Autorise le transport de mon enfant en bus ou en minibus dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs.
- Oui** **Non** : Autorise l'animateur à donner un médicament à mon enfant uniquement sur ordonnance.
- Oui** **Non** : Autorise mon enfant à rentrer seul après les activités de l'accueil de loisirs.
- Oui** **Non** : Autorise mon enfant à voyager avec la voiture du directeur ou directeur adjoint.

Nous demandons aux parents (ou représentant légal) de prévenir de tout changement le directeur de l'accueil de loisirs, Monsieur SAVOT Yannick 04.73.88.75.58 ou par mail : lesptitsvolcans@ccvcommunaute.fr

Informations complémentaires :

- Toute inscription sera due sauf si l'équipe de direction est averti minimum 7 jours avant ou présentation d'un certificat médical.
- Un prix dégressif est mis en place pour les fratries. Celui-ci se décomposera comme suit : - moins 10 % sur le 2ème enfant et moins 15 % sur le 3ème enfant.

[Vous pouvez aussi nous envoyer les documents signés et scannés par mail à lesptitsvolcans@ccvcommunaute.fr](mailto:lesptitsvolcans@ccvcommunaute.fr)

[J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur \(cf. : https://alshccv.portail-familles.net/\)](https://alshccv.portail-familles.net/)

Fait à

Le :

Signature :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

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).

| VACCINS OBLIGATOIRES | oui | non | DATE DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|----------------------|-----|-----|---------------------------|----------------------------|-------|
| Diphthérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| Ou DT Polio | | | | Autres (préciser) | |
| Ou Tétracoq | | | | | |
| BCC | | | | | |

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 ?

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| RUBÉOLE | VARICELLE | ANGINE | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU | 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 ALIMENTAIRES MÉDICAMENTEUSES 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 : _____ PRÉNOM : _____

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