

INSCRIPTION

Les jeunes du groupe 14-17 ans fréquenteront l'accueil de loisirs uniquement lors des activités ponctuelles proposées.

Dates \ Activités	Ve 10/07	Ve 17/07	Ve 24/07	Lu 27/07	Ma 28/07	Me 29/07	Ve 31/07
Initiation grimpe, Ateliers moulinettes, Foot-lock...	<input type="checkbox"/> 14h-16h30		<input type="checkbox"/> 14h-16h30				
Découverte VTT assistance électrique		<input type="checkbox"/> 14h-16h30			<input type="checkbox"/> 14h-16h30		
Escalade				<input type="checkbox"/> 14h-16h30			
Accrobranches						<input type="checkbox"/> 14h-16h30	
Soirée piscine	<input type="checkbox"/> 20h-22h	<input type="checkbox"/> 20h-22h	<input type="checkbox"/> 20h-22h				<input type="checkbox"/> 20h-22h

- Initiation grimpe, Ateliers moulinettes, Foot-lock... à **Robert LANCELOT** **12 places disponibles**
PRÉVOIR CHAUSSURES MONTANTES OU BASKETS / CHEVEUX ATTACHÉS
- Découverte VTT assistance électrique à **l'Aquarelle** **10 places disponibles**
PRÉVOIR CASQUE
- Escalade à **Robert LANCELOT** **12 places disponibles**
PRÉVOIR BASKETS PROPRES
- Accrobranches à **Robert LANCELOT** **12 places disponibles**
PRÉVOIR BASKETS ET CHAUSSURES DE RECHANGES / CHEVEUX ATTACHÉS
- Soirée piscine à **l'Aquarelle** **25 places disponibles**

DOCUMENTS A FOURNIR LE JOUR DE L'INSCRIPTION

- Le dossier d'inscription dûment complété ou mis à jour
- La fiche sanitaire de liaison dûment complétée et accompagnée d'une photocopie nominative de la page des vaccinations du carnet de santé de l'enfant.
- Une attestation de Quotient Familial CAF ou MSA. En cas d'absence de justificatif, le tarif le plus élevé sera appliqué par défaut
- Le règlement se fera à réception de la facture par le Trésor Public

Partenaires financiers



Communauté de Communes de l'Argonne Champenoise



Vacances d'été
Lundi 6 juillet au
Vendredi 31 juillet 2020

Accueil de Loisirs pour les 14-17 ans Uniquement pour les activités ponctuelles

Inscriptions en Communauté de Communes
50 avenue de Pertison

Du lundi au vendredi
De 8h30 à 12h et de 13h30 à 17h

NOM :

Prénom :

Âge :

Renseignements :
Service Jeunesse
Communauté de Communes
De l'Argonne Champenoise
☎ 03 26 60 45 04





NOM, prénom de l'enfant : Né(e) le :

Ecole : Enseignant : Classe :

FAMILLE :

Situation : Parentale Monoparentale Recomposée Famille d'accueil

	Mère : Responsable OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Père : Responsable OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Nom, prénom :		
Adresse du domicile :		
Tél. domicile/portable		
Courriel :		
Employeur :		
Tél Travail :		

Nom, prénom et adresse de facturation si différents :

En cas de séparation, quelles sont les modalités de garde (garde alternée, semaine paire ou impaire...) ? Merci de nous fournir la copie de la page relative à la garde des enfants. En l'absence de ce document, le responsable légal identifié conserve ses droits.

Personnes à joindre en cas d'urgence (Nom+téléphone) :

REGIME SOCIAL : CAF Reims MSA : Autre :
 Numéro d'allocataire (obligatoire) :

ASSURANCE : Nom/adresse de la compagnie :
 (Scolaire et extrascolaire) N° du contrat : N° de téléphone :

MEDECIN : NOM : N° de téléphone :
 Adresse :

AUTORISATIONS :

- J'autorise mon enfant à rentrer seul à la fin des activités (uniquement pour les élémentaires) : **OUI** **NON**

Si NON : personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom/prénom	Lien de parenté	N° de téléphone	Adresse

- Piscine autorisée ? : **OUI** **NON** L'enfant sait-il nager ? : **OUI** **NON**
- J'autorise le personnel d'animation à transporter mon enfant en minibus lors des sorties : **OUI** **NON**
- J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées par le service, sous la responsabilité du personnel d'animation dans les locaux et à l'extérieur : **OUI** **NON**
- Pendant les activités, j'autorise le personnel d'animation à photographier et/ou filmer mon enfant pour la création de souvenirs ou d'archives : **OUI** **NON**
- J'autorise la Cté de Communes à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse, nouveau média, affiches, site internet...) : **OUI** **NON**
- En cas d'accident ou incident, j'autorise les responsables de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant.

Fait à, le **Signature**



FICHE SANITAIRE DE LIAISON	1 – ENFANT
	NOM : _____
	PRÉNOM : _____
	DATE DE NAISSANCE : _____
	GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

**CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.**

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

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diptérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		BCG	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		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

- 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 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 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.**)

- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------

- RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM

PRÉNOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR)

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

Je soussigné(e), _____ 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 (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 COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS
