

## TARIFS

Prix : 20€ semaine	CAF : 13€ semaine
Extérieurs : 25€ semaine	CAF : 18€ semaine
Nuit de camping : 5€ par nuit	
Seront privilégiés les enfants venant le mois	

## AUTORISATIONS DIVERSES

J'autorise mon enfant :

- A rentrer seul au domicile après l'accueil de loisirs.
  - A être photographié et filmé individuellement ou en groupe dans le cadre des activités proposées et autorise l'organisateur à faire usage de ces productions photographiques et vidéographiques dans le cadre exclusif du service jeunesse.
  - A participer aux sorties, visites ainsi qu'aux activités sportives effectuées dans le cadre de l'accueil de loisirs.
- J'autorise l'organisateur à transporter mon enfant pour participer aux différentes activités, sorties et mini séjours dans le cadre de l'accueil de loisirs.

## DECHARGE DE RESPONSABILITE

- J'autorise à venir chercher notre enfant en cas d'empêchement de notre part, et déclarons décharger la Mairie de Bourseville, ainsi que l'équipe d'animation et de direction de l'accueil de loisirs, de toutes responsabilités après la prise en charge de notre enfant par cette (ces) personne(s):  
(nom/adresse/téléphone des personnes/liens de parenté)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Autorise le responsable:
  - A prendre toutes les mesures en cas d'urgence y compris l'hospitalisation dans l'établissement le plus proche.
  - A n'administrer de traitement médical que sur présentation d'une ordonnance.

**Ce dossier est à rendre complet à la Mairie de Bourseville au plus tard le 3 juin 2016 pour que l'inscription soit validée.**

Je déclare sur l'honneur que tous les renseignements ci-dessus sont exacts.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature des parents:

Père

Mère

Tuteur

Mairie de Bourseville

305 Grande Rue – 80130 Bourseville Tél : 03.22.30.20.33



**DOSSIER D'INSCRIPTION  
ACCUEIL DE LOISIRS  
Du 06 Juillet au 02 Août 2016**

PHOTO

### ENFANT :

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Sexe : F M  
Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Responsable légal :

Père Mère Autre : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Port : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (en cas d'urgence)

Autres personnes à contacter en cas d'urgence :

M.Mme : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

M.Mme : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



- Régime général
- Allocataire CAF :  
N° \_\_\_\_\_  
QF : \_\_\_\_\_
- Régime MSA :
- Autre : \_\_\_\_\_



OBLIGATOIRE  
Cocher la case  
correspondante et  
indiquer le numéro  
d'allocataire



**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON**

1 - ENFANT

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

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

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

GARÇON  FILLE

DATES ET LIEU DE SEJOUR :

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

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 (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

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

ALLERGIES : ASTHME oui  non  MEDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES : \_\_\_\_\_

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, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

Votre enfant mouille-t-il son lit ? oui  non  parfois

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

Autorisez-vous votre enfant à fumer pendant le séjour ? oui  non

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ..... PRENOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR) .....

TEL FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF) .....

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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

Mairie de Bourseville  
305 Grande Rue - 80130 BOURSEVILLE

OBSERVATIONS