

**ACCUEIL DE LOISIRS SANS HÉBERGEMENT
DE BELLOY SUR SOMME**

Fiche d'inscription

du 8 JUILLET au 2 AOÛT 2024



RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom : Prénom : Date de naissance : Lieu : Sexe :	Etablissement scolaire fréquenté : Classe :
--	--

RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT

Père	Mère
Nom : Prénom : Né le : Adresse : Tél. : Profession : Employeur et adresse :	Nom : Prénom : Née le : Adresse : Tél. : Profession : Employeur et adresse :
Tél. profession : N° de Sécurité Sociale :	Tél. profession : N° de Sécurité Sociale :

ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE DU RESPONSABLE DE L'ENFANT

Adresse de la Caisse Primaire de Sécurité Sociale : Avez-vous une mutuelle ? Si oui, laquelle ? Adresse :	Médecin traitant : Adresse : Tél. :
--	---

Régime d'appartenance :



N° d'allocataire à la Caisse d'Allocation Familiale de la Somme :

Montant de votre quotient familial :

Ou

N° d'allocataire à la Mutualité Sociale Agricole :

La CAF apporte son soutien financier au fonctionnement de la structure ALSH.



Présence de votre enfant à l'accueil de loisirs (merci d'entourer la réponse)

Semaine 1- du **8 au 12 juillet 2024**..... **oui**..... **non**

Semaine 2- du **15 au 19 juillet 2024**..... **oui**..... **non**

Semaine 3- du **22 au 26 juillet 2024**..... **oui**..... **non**

Semaine 4- du **29 juillet au 2 août 2024** **oui**..... **non**

Mangera à la cantine **oui**..... **non**

Prix du repas 4€10

Accueil échelonné (Garderie à l'école communale)

Présent de 7h30 à 9h..... **oui**..... **non**

Restera de 17h à 18h30.....**oui**.....**non**

Réservez les repas la veille avant 9 heures pour le lendemain ou s'inscrire à la semaine. (03.22.51.21.91)

Tout repas non réservé ne pourra être pris.

Pour une meilleure gestion de la cantine, merci de respecter ces consignes.

Ci-jointe la feuille rose d'inscription à la cantine.

Fait à

Date.....

Signature des parents



AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) Madame, Monsieur,.....

Responsable légal de l'enfant.....

Déclare que mon enfant est actuellement apte à y séjourner et à participer aux activités et sorties proposées (en autocar ou autres moyens de déplacement).

Autorise le directeur de l'accueil de loisirs, M. Sébastien LEDENT à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgences suivant les prescriptions du médecin.

M'engage à payer la part des frais de séjour incombant à la famille et des frais médicaux d'hospitalisation et d'opérations éventuelles non remboursés par la sécurité sociale.

Prends note que mon enfant peut être photographié individuellement et/ou en groupe, et que ces photos peuvent être publiées dans le cadre d'illustrations dans les publications ou bien encore les différents médias de la commune (en aucun cas les photos ne pourront être utilisées à des fins commerciales).

Veillez cocher la case OUI ou NON

Autorise la commune à consulter mon quotient familial à l'aide de mon numéro d'allocataire CAF pour que soit appliquée la tarification modulée.

OUI

NON

Dans le cas contraire veuillez nous fournir une notification de la CAF indiquant votre quotient familial datant moins de 15 jours. Sinon le tarif maximum sera appliqué.

Autorise mon enfant à rentrer seul de l'accueil de loisirs jusqu'à son domicile

OUI

NON

Autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant

..... Tél

..... Tél

..... Tél

Fait à

Date :

SIGNATURE DES PARENTS

ACCUEIL DE LOISIRS SANS HÉBERGEMENT DE BELLOY SUR SOMME du 8 JUILLET au 2 AOÛT 2024

INSCRIPTION A LA CANTINE

NOM :

PRÉNOM :



*N'oubliez pas de compléter la fiche
sanitaire de liaison en mentionnant
les éventuelles allergies alimentaires.*

Entourez les jours où votre enfant mangera à la cantine

Semaine du 8 au 12 juillet 2024

Lundi 8 Mardi 9 Mercredi 10 Jeudi 11 Vendredi 12

Semaine du 15 au 19 juillet 2024

Lundi 15 Mardi 16 Mercredi 17 Jeudi 18 Vendredi 19

Semaine du 22 au 26 juillet 2024

Lundi 22 Mardi 23 Mercredi 24 Jeudi 25 Vendredi 26

Semaine du 29 juillet au 2 août 2024

Lundi 29 Mardi 30 Mercredi 31 Jeudi 1er Vendredi 2

Signature du ou des parents :

Prix du repas 4€10

Réserver les repas la veille avant 9 heures pour le lendemain ou auprès du directeur.

En appelant le **03.22.51.21.91**.

L'enfant sera accueilli à la cantine uniquement si le repas est réservé.

Tout repas commandé sera facturé.

Seule exception, en cas de sorties, le repas sera automatiquement annulé.

Pour une meilleure gestion de la cantine, merci de respecter ces consignes.



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU 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 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	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				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 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 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 AIGÛ 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 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**.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

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

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN 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 :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....
.....
.....

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....
.....