

AUTORISATION (personnes autres que les parents autorisées à reprendre l'enfant)

Demande d'une pièce d'identité possible

J'autorise M. Mme..... (prénom).....

J'autorise M. Mme..... (prénom).....

A venir chercher mon enfant..... au centre.

J'autorise mon enfant à quitter seul le centre de loisirs à 17h00 ou à 18h00

Je n'autorise pas mon enfant à quitter seul le centre de loisirs

Si un des deux parents n'était pas autorisé à reprendre l'enfant, merci de le signaler.

Date et signature :

Pour tout changement, le signaler à la direction du Centre de Loisirs.



INFORMATION AUX PARENTS (à conserver)

Attention les tarifs appliqués par la Mairie sont les suivants :

- Tarif journée : suivant le quotient familial CAF
- Tarif nuitée : 5,00 €
- Tarifs/jour des mini-camps : 8,65 € en sus du prix journée

- ❖ Tous les règlements doivent être déposés à l'accueil de la Mairie de Saint-Pryvé Saint-Mesmin (215 Rte de St Mesmin) et libellés à l'ordre de la régie Enfance - Jeunesse.
- ❖ La fiche sanitaire doit être dûment remplie et accompagnée de votre **quotient familial**, de la **photocopie des vaccinations**, de l'attestation d'assurance extrascolaire, d'un justificatif de domicile et des autorisations remplies (certificat de scolarité ou certificat d'inscription à l'école pour les enfants de moins de 6 ans).
- ❖ La fiche sanitaire est valable en année civile.
- ❖ L'inscription de l'enfant n'est effective qu'à la condition du dépôt du dossier complet.
- ❖ Toute modification dans les dates d'inscriptions doit être apportée, par écrit, au minimum 10 jours à l'avance, sous peine de facturation.
- ❖ Aucun remboursement ne peut être effectué sauf sur présentation d'un certificat médical au nom de l'enfant dans les 48h00 suivant l'absence.
- ❖ Attestation de réussite remplie obligatoire pour les activités aquatiques et nautiques.



Mairie de Saint-Pryvé Saint-Mesmin
ALSH 3-14 ans
45750 St Pryvé St Mesmin
☎ 02 38 51 03 19

ANNÉE 2010

Nom de l'enfant : **Prénom :**

Date de naissance :/...../..... **Sexe :** F M

Établissement scolaire fréquenté :

Veillez préciser si les parents sont divorcés ou séparés : oui non
 Si oui, chez qui réside l'enfant ? père mère autre

Père

Mère

Nom : Nom :

Prénom : Prénom :

Adresse : Adresse :

Code postal : Code postal :

Ville : Ville :

Téléphone travail : Téléphone travail :

Téléphone domicile: Téléphone domicile :

Portable : Portable :

m@il : m@il :

Profession : Profession :

Nom et adresse de l'employeur : Nom et adresse de l'employeur :

.....

.....

Nombre d'enfants à charge :

N° d'allocataire à la C.A.F. du Loiret :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

VACCINATIONS

Veillez fournir la photocopie des pages concernant les vaccinations dans le carnet de santé de l'enfant.

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 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, 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 non Varicelle oui non

Angine(s) oui non Rhumatisme articulaire aigu oui non

Scarlatine oui non Coqueluche oui non

Otite(s) oui non Rougeole oui non

Oreillon(s) oui non

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, hospitalisations, 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...

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

RESPONSABLE DE L'ENFANT

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 :

AUTRES PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom : Prénom :

N° téléphone :

Nom : Prénom :

N° téléphone :

AUTORISATION DE SORTIES

Le centre organise durant l'année des sorties (poneys, bowling, promenade...) et des activités diverses (foot, basket, piscine...); afin que toutes ces activités se déroulent en toute sécurité nous vous demandons de bien vouloir remplir cette autorisation de sortie permanente pour l'année.

Nous vous rappelons que **sans cette autorisation signée votre enfant ne pourra pas sortir du centre**.

Je soussigné (e) Melle, Mme, M

.....

accepte que mon enfant participe à toutes les activités physiques, sportives et/ou de pleine nature et sorties proposées par le centre de loisirs.

n'accepte pas que mon enfant participe à l'activité suivante :

Activité :

Motif (si médical, fournir un certificat) :

.....
.....

Date

Signature

L'enfant sait-il nager ? oui non

Je soussigné(e),.....responsable légal de l'enfant....., autorise le CLSH 3-14 ans à prendre et à diffuser des photographies de mon enfant par affichage ou sur des publications municipales.

Date :

Signature :

Pour les Hors commune uniquement :

Nom et adresse de l'ouvrant droit à l'accès au centre :

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