

Du 17 au 28 août 2020

Horaires : Accueil de 8h30 à 9h30 – Départ des enfants de 16h45 à 17h30.

(Entourer les jours de présence)

LUNDI 17 AOÛT MARDI 18 AOÛT MERCREDI 19 AOÛT JEUDI 20 AOÛT VENDREDI 21 AOÛT
 LUNDI 24 AOÛT MARDI 25 AOÛT MERCREDI 26 AOÛT JEUDI 27 AOÛT VENDREDI 28 AOÛT

TARIFS	1 JOUR	2 JOURS	3 JOURS	4 JOURS	5 JOURS	6 JOURS	7 JOURS	8 JOURS	9 JOURS	10 JOURS
ADHÉRENT	11€	20€	28€	34€	40€	48€	56€	64€	72€	80€
NON- ADHÉRENT	15€	28€	40€	50€	60€	68€	76€	84€	92€	100€

ADHÉRENT D'UNE ACTIVITÉ AU COURS DE LA SAISON 2019-2020 : OUI - NON

PREMIÈRE PARTICIPATION AU CENTRE DE LOISIRS CETTE SAISON: OUI - NON

Nom : Prénom :

Date de naissance: N° sécurité social :

Adresse:

Code Postal: Ville:

RESPONSABLES LÉGAUX

Responsable légal 1

Nom :
 Prénom :
 Adresse :
 Code Postal :
 Ville :
 ☎ :
 📧 : _____

Responsable légal 2

Nom :
 Prénom :
 Adresse :
 Code Postal :
 Ville :
 ☎ :
 📧 : _____

J'autorise mon enfant à rentrer seul à son domicile après la journée « centre de loisirs » et décharge l'association de toute responsabilité OUI NON

J'autorise les responsables à photographier mon enfant dans le cadre des activités « centre de loisirs » et les diffuser sur les différents supports de communication : OUI NON

- ⚠ Le règlement doit être acquitté dès le premier jour de présence
- ⚠ La fiche sanitaire est à compléter obligatoirement (valable 1 an). Voir au dos du document.
- ⚠ Pensez à prévoir le repas de midi dans un sac ou une boîte avec le nom et prénom de votre enfant
- ⚠ **Date limite d'inscription le 12/08/2020** (Pas de remboursement en cas de désistement après cette date)

Limoges, le ___ / ___ / ___

Signature :

PARTIE RÉSERVÉE À L'ASSOCIATION

Date de la fiche sanitaire de liaison :

Montant total du stage :€

<input type="checkbox"/> Chèque(s) : (montant)	<input type="checkbox"/> Espèces (montant et date)
	<input type="checkbox"/> Carte bancaire (montant et date)
<input type="checkbox"/> Chèque ANCV (nombre et montant)	<input type="checkbox"/> Tickets CAF (nombre et montant)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1. L'ENFANT

Nom - Prénom : _____

Date de Naissance : _____

Garçon Fille

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

Joindre obligatoirement les copies du carnet de vaccination

Vaccins Obligatoires	Oui	Non	Date 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 MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'accueil de loisirs ? Oui Non

Si oui, **joindre une ordonnance récente ainsi qu'une décharge du responsable légal et les médicaments correspondants** (boîtes de médicaments dans leur emballage marquées au nom de l'enfant avec la notice)

AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE

ALLERGIES	Asthme	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Médicamenteuses	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Alimentaires	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Autres (précisez):		

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

Attention : fournir obligatoirement le justificatif médicale décrivant l'allergie et la conduite à tenir

Indiquez ci-après :

- Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre :

- Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier : Oui Non

Si oui, précisez : _____

- Autres recommandations (ex: qualité de la peau, crème solaire, bonnet de bain ...):
