

Horaires : Accueil de 8h15 à 9h30 – Départ des enfants de 17h à 18h. **Prévoir repas pour le midi**

TARIFS	NOMBRE DE JOURNÉE	TARIF PAR JOUR	TARIF REDUIT <i>selon quotient familial</i>
Adhérent de l'association (à jour de la cotisation)	1 journée	15€ par jour	6€ ou 5,6€ de réduction par jour en fonction du QF sur présentation obligatoire du passport jeunes 2025 de la CAF
	2 à 3 journées	11€ par jour	
	4 à 5 journées	9€ par jour	
Non adhérent de l'association	1 journée	17€ par jour	
	2 à 3 journées	14€ par jour	
	4 à 5 journées	12€ par jour	

Cochez les jours de présence

	Mardi 22 avril	Mercredi 23 avril	Jeudi 24 avril	Vendredi 25 avril
--	----------------	-------------------	----------------	-------------------

ADHÉRENT D'UNE ACTIVITÉ AU COURS DE LA SAISON 2024-2025 : OUI NON

Première participation centre de loisirs saison 2024-2025 : OUI NON

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Responsable légal 1





Nom :
Prénom :
Adresse :
CP et Ville :
Tel portable :
Mail :

Responsable légal 2

Nom :
Prénom :
Adresse :
CP et Ville :
Tel portable :
Mail :

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 paiement doit se faire obligatoirement à l'inscription.**
-  **La fiche sanitaire est à compléter obligatoirement (valable toute la saison). 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.**
-  **Aucun remboursement possible en cas de désistement après 16 avril (sauf sur justificatif médical).**

Limoges, le ___ / ___ / ___

Signature :

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)

Compléter lisiblement le tableau OU joindre la copie du carnet de santé

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 leurs emballages marqués au nom de l'enfant avec la notice)

AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE À JOUR.

ALLERGIES	Asthme	Oui	Non	Médicamenteuses	Oui	Non
	Alimentaires	Oui	Non	Autres (précisez):		

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

Attention : fournir obligatoirement le justificatif médical 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 ...):

Pour les enfants non-adhérents à l'association, nous vous informons de l'intérêt à souscrire à une assurance complémentaire couvrant les éventuels dommages corporels de votre enfant dans le cadre du centre de loisirs. Celle-ci n'est cependant pas obligatoire.