



Photographie
de l'enfant

FICHE D'INSCRIPTION 2018 / 2019

Accueil de loisirs | **Mercredis éducatifs**

NOM & PRÉNOM DE L'ENFANT :

DATE DE NAISSANCE : / / | **LIEU DE NAISSANCE :**

NUMERO D'ADHERENT : | **ÉCOLE FRÉQUENTÉE :**

PÈRE OU TUTEUR LEGAL

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : / /

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TÉLÉPHONE PORTABLE : / / / /

TÉLÉPHONE FIXE : / / / /

TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL : / / / /

COURRIEL :

MÈRE OU TUTRICE LEGALE

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : / /

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TÉLÉPHONE PORTABLE : / / / /

TÉLÉPHONE FIXE : / / / /

TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL : / / / /

COURRIEL :

RESPONSABLE PAYEUR : PÈRE | MÈRE

ASSURANCE

NOM DE LA COMPAGNIE :

N° DE POLICE :

N° SECURITE SOCIALE (sur lequel est porté l'enfant) :

CAF

ETES-VOUS ALLOCATAIRE DE LA CAF ? OUI | NON

SI OUI, INDIQUEZ VOTRE NUMÉRO D'ALLOCATAIRE :

SI NON, AUTRE RÉGIME :

Merci de joindre votre attestation CAF ou votre avis d'imposition et de prestations familiales

CONTACTS

| Contacts Nom et Prénom | Lien Famille, amis, ... | Téléphone 1 | Téléphone 2 | A prévenir en cas d'urgence | Autorisé(e) à venir chercher l'enfant |
|---------------------------|----------------------------|-------------|-------------|-----------------------------------|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à utiliser des transports (minibus, transports Metz métropole etc.)

OUI | NON

J'autorise mon enfant à participer aux sorties proposées par la MCL

OUI | NON

J'autorise mon enfant à quitter seul l'accueil (ne sont concernés que les enfants de plus de 7ans)

OUI | NON

Pendant les activités, j'autorise le personnel de l'association à photographier et/ou filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives.

OUI | NON

J'autorise l'association à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse, affichage, médias numériques, etc) .

OUI | NON

Je soussigné(e) déclare avoir lu et approuvé les modalités de fonctionnement et le règlement intérieur.

DATE : / /

SIGNATURE :

Accueil de loisirs

NOM & PRÉNOM DE L'ENFANT :

TEMPS DE PRÉSENCE

Si vous n'avez pas connaissance de vos disponibilités, il sera toujours possible d'inscrire votre enfant 1 semaine avant le début du centre aéré.

VACANCES D'AUTOMNE 2018

| SEMAINE 43 DU 22/10 AU 26/10 | LUNDI | MARDI | MERCREDI | JEUDI | VENDREDI |
|---------------------------------|-------|-------|----------|-------|----------|
| ½ JOURNÉE ou JOURNÉE | | | | | |
| SEMAINE 44 DU 29/10 AU 31/10 | LUNDI | MARDI | MERCREDI | JEUDI | VENDREDI |
| ½ JOURNÉE ou JOURNÉE | | | | Férié | Fermé |

VACANCES D'HIVER 2019

| SEMAINE 9 DU 11/02 AU 15/02 | LUNDI | MARDI | MERCREDI | JEUDI | VENDREDI |
|---------------------------------|-------|-------|----------|-------|----------|
| ½ JOURNÉE ou JOURNÉE | | | | | |
| SEMAINE 10 DU 18/02 AU 22/02 | LUNDI | MARDI | MERCREDI | JEUDI | VENDREDI |
| ½ JOURNÉE ou JOURNÉE | | | | | |

VACANCES DE PRINTEMPS 2019

| SEMAINE 17 DU 08/04 AU 12/04 | LUNDI | MARDI | MERCREDI | JEUDI | VENDREDI |
|---------------------------------|-------|-------|----------|-------|----------|
| ½ JOURNÉE ou JOURNÉE | | | | | |
| SEMAINE 18 DU 15/04 AU 18/04 | LUNDI | MARDI | MERCREDI | JEUDI | VENDREDI |
| ½ JOURNÉE ou JOURNÉE | | | | | Férié |

PRÉ-ACCUEIL

Veillez indiquer si vous souhaitez profiter du pré-accueil : **OUI | NON**

Heure supplémentaire à partir de 8h00 du matin facturée 1,50€ / jour / famille :

Heure supplémentaire à partir de 17h30 facturée 1,50€ / jour / famille

Si oui précisez la ou les heures nécessaires :

Veillez également préciser la fréquence prévue : **Ponctuellement | Régulièrement**

REPAS

L'enfant bénéficie t-il d'un régime alimentaire particulier ? **OUI | NON**

Si oui précisez :

DATE : / /

SIGNATURE :

Mercredis éducatifs

NOM & PRÉNOM DE L'ENFANT :

TEMPS DE PRÉSENCE

Si vous n'avez pas connaissance de vos disponibilités, il sera toujours possible d'inscrire votre enfant le lundi précédent.

Cochez tous vos choix

| Mercredis 2018 | | Mercredis 2019 | |
|----------------|--|----------------|--|
| 05/09/18 | | 09/01/19 | |
| 12/09/18 | | 16/01/19 | |
| 19/09/18 | | 23/01/19 | |
| 26/09/18 | | 30/01/19 | |
| 03/10/18 | | 08/02/19 | |
| 10/10/18 | | 27/02/19 | |
| 17/10/18 | | 06/03/19 | |
| 07/11/18 | | 13/03/19 | |
| 14/11/18 | | 20/03/19 | |
| 21/11/18 | | 27/03/19 | |
| 28/11/18 | | 03/04/19 | |
| 05/12/18 | | 24/04/19 | |
| 12/12/18 | | 15/05/19 | |
| 19/12/18 | | 22/05/19 | |
| | | 29/05/19 | |
| | | 05/06/19 | |
| | | 12/06/19 | |
| | | 19/06/19 | |
| | | 26/06/19 | |
| | | 03/07/19 | |

REPAS

L'enfant bénéficie t-il d'un régime alimentaire particulier ? **OUI | NON**

Si oui précisez :

DATE : / /

SIGNATURE :

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

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