

N° DE DOSSIER :



Ville de
Saint-Laurent du Maroni
1949 - 2019

FICHE D'INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT

Inscription du 21/10/2019 au 31/10/2019 « vacances de TOUSSAINT »

Renseignements enfant

Garçon

Fille

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Renseignements parents/tuteur(-trice) :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Centre d'inscription :

- S.HULIC (centre ville – quartier des « CULTURES »)
- J.VOYER (Sables Blancs)
- J.SYMPHORIEN (quartier « BAKA LYCEE »)

Formule choisie :

- | | | |
|--|-----------|------|
| <input type="checkbox"/> Du 21/10/2019 au 26/10/2019 | (5 jours) | 55 € |
| <input type="checkbox"/> Du 28/10/2019 au 31/10/2019 | (4 jours) | 44 € |
| <input type="checkbox"/> Du 21/10/2019 au 31/10/2019 | (9 jours) | 99 € |

Je souhaite inscrire mon enfant au centre de loisirs durant les vacances de Toussaint 2019, et m'engage à verser euros, ou à fournir mon attestation d'Aide aux Temps Libres remise par la CAF.

Je note qu'aucun remboursement ne sera effectué en cas d'absence injustifiée.

- Je joins un chèque de la somme de euros.
- Je paie en espèces la somme de euros.
- Je paie par CB la somme de euros.
- Je fournis mon attestation ATL (CAF)

(merci de cocher une des cases)

Fait à Saint Laurent du Maroni, le

Signature(s) du(des) parent(s) ou tuteur (-trice) :

N° DOSSIER : _____



Ville de
Saint-Laurent du Maroni
1949 - 2019

FICHE DE RENSEIGNEMENT

RENSEIGNEMENT ENFANT

Garçon

Fille

Nom : _____ Prénom : _____

Date de Naissance : _____ Nationalité : _____

Ecole : _____ Classe : _____

RESPONSABLE LEGAL 1

Père

Mère

Tuteur.trice

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

Adresse électronique : _____ @ _____

Profession : _____ Tél travail : _____

Numéro Sécurité sociale : _____ N° allocataire CAF : _____

RESPONSABLE LEGAL 2

Père

Mère

Tuteur.trice

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

Adresse électronique : _____ @ _____

Profession : _____ Tél travail : _____

Numéro Sécurité sociale : _____ N° allocataire CAF : _____

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom : _____ Prénom : _____

Lien de parenté : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

AUTORISATIONS DE SORTIE :

Mon enfant est autorisé.e à partir seul.e de la structure.

Oui

Non

Dans ce cas, l'organisateur décline toute responsabilité en cas d'accident en dehors du lieu d'accueil.

Dans ce cas, les responsables légaux de l'enfant doivent venir récupérer (ou autoriser une personne à récupérer) l'enfant avant la fermeture de l'accueil.

PERSONNES AUTORISÉES (AUTRES QUE LES TUTEURS LEGAUX) À RÉCUPÉRER LES ENFANTS

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

Attention : La personne doit se munir d'une pièce d'identité.

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

Attention : La personne doit se munir d'une pièce d'identité.

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

Attention : La personne doit se munir d'une pièce d'identité.

DROIT A L'IMAGE :

J'autorise l'équipe pédagogique d'Animaroni à photographier ou filmer mon enfant dans le cadre des activités périscolaires et les accueils de loisirs :

Utilisation dans le cadre d'une activité pédagogique ou périscolaire, exposition de photographies ou de vidéos dans le cadre des activités pédagogiques ; publication sur le site Internet d'Animaroni ou de la ville de Saint Laurent du Maroni.

Oui

Non

Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques qui concernent notre enfant est garanti. Nous pourrions donc à tout moment vérifier l'usage qui en fait et nous disposons du droit de retrait de cette image si nous le jugeons utile.

Jé (nous) certifie (certifions) sur l'honneur l'exactitude de l'ensemble des renseignements donnés dans ce dossier et m'engage (nous engageons) à informer immédiatement les responsables en cas de changement.

Fait à Saint Laurent du Maroni, le ____/____/____ Signature(s) de(s) parent(s) :



2 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

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

3 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

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

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

Je soussigné(e) responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :



Ville de
Saint-Laurent du Maroni
1949 - 2019

Enfant

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Ecole : _____

Lieu périscolaire : _____

Groupe : _____



Ville de
Saint-Laurent du Maroni
1949 - 2019

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical**? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente ainsi que 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 ?

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ZICA | CHIKUNGUNYA | DINGUE | PALUDISME | TEIGNE |
| oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE | OTITE | ROUGEOLE | OREILLONS | GALE |
| oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| RUBÉOLE | VARICELLE | ANGINE | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ | SCARLATINE |
| oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |

VACCINS : Joindre la copie des vaccins

ALLERGIES : Votre enfant a-t-il des allergies ? oui non

PRÉCISEZ LA (LES) CAUSE(S) 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

.....

.....

.....

.....