



# **DOSSIER D'INSCRIPTION AU CENTRE DE LOISIRS DES JEUNES MEYRARGUAIS**



**La CAF participe au financement du centre de loisirs**

# Fiche sanitaire de liaison

1) mineur accueilli :

Age :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :



PREFECTURE des BOUCHES du RHÔNE  
Direction Départementale Déléguée de la Jeunesse, des Sports et  
de la Cohésion Sociale - Bouches du Rhône  
Accueils Collectifs de Mineurs à Caractère Éducatif

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### 1) MINEUR ACCUEILLI

NOM: .....

PRENOM: .....

DATE DE NAISSANCE: .....

GARÇON                       FILLE

POIDS DU MINEUR : .....

2) **VACCINATIONS** (le tableau ci-dessous doit être accompagné des copies des pages de vaccinations du carnet de santé sans omettre de mentionner le nom et prénom du mineur concerné)

VACCINS* OBLIGATOIRES	Date du dernier rappel	VACCINS RECOMMANDES	Dates
Diphthérie		BCG	
Tétanos		Coqueluche	
Poliomyélite		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
		Hépatite B	
		Autres	

\* rappel tous les 5 ans pour les vaccins obligatoires pour les mineurs jusqu'à 13 ans

### 3) RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE MINEUR ACCUEILLI

a) Le mineur présente-t-il des troubles de santé?

Allergies alimentaires :    NON             OUI             Préciser à quoi : .....

Allergies médicamenteuses :    NON             OUI             Préciser à quoi : .....

Autres allergies :    NON             OUI             Préciser à quoi : .....

Asthme :    NON             OUI

Diabète :    NON             OUI

Epilepsie :    NON             OUI

Autres :    NON             OUI             Préciser : .....

b) Le mineur suit-il un traitement médical régulier?    NON             OUI

**Si oui, prendre le contact avec le directeur pour la mise en place d'un éventuel PAI (projet d'accueil individualisé). Les modalités de mise en place de ce protocole seront à discuter avec la direction.**

c) Le trouble de la santé implique-t-il une conduite particulière à suivre en cas d'urgence pendant le déroulement de l'accueil de loisirs ou le séjour avec hébergement ?

NON                       OUI

**Si oui, prendre contact avec le Directeur pour la mise en place d'un éventuel PAI**

5) responsable(s) du mineur

Nom prénom

Adresse

Tel fixe et /ou portable domicile

Tel fixe et /ou portable travail

Nom prénom

Adresse

Tel fixe et /ou portable domicile

Tel fixe et /ou portable travail

Nom et téléphone du médecin traitant

Je soussigné(e).....

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil collectif des mineurs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical après consultation d'un médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du mineur.

Date

signature(s)

Il est rappelé que cette fiche sanitaire de liaison peut être remise sous enveloppe cachetée par les familles au Directeur de l'accueil des mineurs. Les informations communiquées restent confidentielles et seront restituées aux familles. Les fiches sanitaires de liaison doivent être renouvelées tous les ans. Toutes modifications en cours d'année concernant les renseignements ci-dessus devront être signalées au Directeur

---

Coordonnées de l'organisateur :

Coordonnées de l'accueil de mineurs :

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

NOM	
PRENOM	
AGE	
CLASSE	
DATE ET LIEU DE NAISSANCE	
ADRESSE	VILLE
TELEPHONE DOMICILE	
PORTABLE	

**NOM ET PRENOM DU PERE**.....  
 PROFESSION.....TELEPHONE.....  
 ADRESSE EMPLOYEUR.....  
 NUMERO S.SOCIALE.....CENTRE.....

**NOM ET PRENOM DE LA MERE**.....  
 Nom de jeune fille suivi d'épouse  
 PROFESSION.....TELEPHONE.....  
 ADRESSE EMPLOYEUR.....  
 NUMERO S.SOCIALE.....CENTRE.....

Personne à joindre en cas d'absence

**NOM ET PRENOM ET TELEPHONE**

**1**..... **TEL**.....  
**2**..... **TEL**.....  
**3**..... **TEL**.....

**MEDECIN TRAITANT**.....  
 ADRESSE ET TELEPHONE.....

**CAISSE D'ALLOCATION FAMILIALES**

NUMERO D'ALLOCATAIRE.....  
 NOM ET PRENOM DU BENEFICIAIRE.....

# DECLARATION DU CHEF DE FAMILLE

Je soussigné(e).....

**PERE**.....

**MERE**.....

**TUTEUR LEGAL**.....

*1 - Autorise le directeur du centre à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgences, éventuellement sous anesthésie générale ou pas suivant la prescription du médecin.*

*2 - Je m'engage à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais d'hospitalisation et d'opérations éventuelles, non remboursés par la sécurité sociale.*

*3 - J'autorise mes enfants à se baigner en piscine et sous la surveillance de M.N.S choisie par le centre dans le cadre de ses activités.*

*4 - J'autorise mes enfants à être photographiés uniquement dans le cadre des activités du centre.*

Fait à Meyrargues, le

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

SIGNATURE (précédée de la mention « lu et approuvé »)

# CENTRE DE LOISIRS DES JEUNES MEYRARGUAIS

2 AVENUE DU GRAND VALLAT 13650 MEYRARGUES

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e).....

<b>PERE</b>	.....	<b>AUTORISE</b>
<b>MERE</b>	.....	<b>AUTORISE</b>
<b>TUTEUR LEGAL</b>	.....	<b>AUTORISE</b>

Monsieur ou Madame.....  
Monsieur ou Madame.....  
Monsieur ou Madame.....

A RECUPERER MON ENFANT AU CENTRE DE LOISIRS

DATE ET SIGNATURE

# REGLEMENT INTERIEUR

Le centre de loisirs accueille les enfants de 3 ans à 11 ans avec un minimum de 8 enfants et un maximum de 46 enfants.

Le centre est ouvert pour les vacances scolaires, le mois de juillet, la dernière semaine d'août et tous les mercredis.

L'accueil des enfants se fait par l'entrée de l'école élémentaire jusqu' à 9h, à la salle plurivalente et ils sont accompagnés par les parents à l'intérieur.

HORAIRES : 9 HEURES A 17 HEURES

GARDERIE GRATUITE DE 7H45 A 9H  
17H00 A 18H

(Accueil échelonné)

# INSCRIPTIONS

Les inscriptions se font à la permanence (école élémentaire) aux horaires suivants :

**17H00 à 17H45 mercredi**

**8h30 à 11h00 le vendredi**

**L'inscription et le paiement se font**

**Pour les mercredis : 9 jours avant**

**Pour les vacances scolaires : 15 jours avant**

Pour calculer le tarif d'une journée de centre de loisirs vous devez obligatoirement sortir sur le site de la CAF votre quotient familial et nous faire parvenir votre attestation, ce qui nous permettra de vous donner le montant par jour (le tarif dépend de votre quotient familial).

Ces tarifs comprennent l'accueil, le repas, le goûter, les activités et les sorties.

## Tarifs 2020

Quotient Familial	Journée de 7h45 à 18h00
0 à 300	10.00€
301 à 600	11.00€
601 à 900	12.00€
Plus de 900	14.50€

Si un enfant doit être récupéré par un autre parent, ou toute autre personne, une autorisation écrite doit être fournie par les parents.

Le centre décline toute responsabilité, en cas de perte ou de vol d'objets de valeur, bijoux, jouets personnels ou autre dont la présence n'est pas souhaitée au sein du centre.

Tout comportement d'un enfant susceptible de nuire au bon fonctionnement du centre ou à la sécurité des enfants fera l'objet dans un premier temps, d'un avertissement aux parents.

Dans un second temps si le comportement reste inchangé le directeur du centre convoquera les parents et pourra prendre les mesures d'exclusion. Par souci d'organisation, les horaires doivent être scrupuleusement respectés. Une tenue de sport est souhaitable pour la fréquentation du centre (jeux sportifs) et pour cela les parents seront informés à l'avance pour les tenues spécifiques de type maillot de bain ou chaussure de sports etc. Il est strictement interdit de fumer dans la salle d'accueil aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur, en présence des enfants.

### **SURVEILLANCE MEDICALE**

Le centre ne peut en aucun cas accueillir un enfant contagieux. La reprise de fréquentation se fera uniquement sur présentation d'un certificat médical de non contagion établi par le médecin traitant.

La fiche sanitaire doit être scrupuleusement remplie avec tous les renseignements demandés

Le directeur devra être prévenu de tout problème de santé ou de comportement concernant l'enfant

# ANNULATION

**En cas d'annulation pour raison personnelle, aucun remboursement ne pourra être fait.**

(Toutes les journées réservées doivent être réglées)

En cas de force majeure ou de maladie et sur présentation d'un certificat médical, le prix reste

Maintenu à hauteur de 50%. (50% d'avoir)

Il est souhaitable de prévoir dès que possible l'absence de l'enfant.

Ce règlement intérieur se compose de 9 pages.

Lors de l'inscription, le dossier doit être remis avec les pages paraphées, signées, par les deux parents.

La signature devra être précédée de la mention « lu et approuvé »

LES PARENTS

LE DIRECTEUR

ELUE COMMISSION ENFANCE

