

FICHE D'INSCRIPTION (obligatoire)

Date:.....20.../ 20....

A remplir en lettres majusculesTél: 06.80.18.28.41 **M. Imad BELFOUL (Directeur du Centre)****IDENTITE DE L'ENFANT**

Nom:.....Prénom:.....Né(e) le:.....

Sexe: Garçon Fille N° Sécurité Sociale:.....

Attestation d'assurance de l'enfant:.....

Enfant scolarisé à Souillac: oui Non Classe:.....Ecole Maternelle Ecole Elémentaire **RENSEIGNEMENT DES PARENTS****Payeur:** Nom et prénom:.....**Signature du payeur:****Responsable N°1** Père Mère

Nom et Prénom:.....

Adresse:.....

Ville:.....

N° portable:.....

Adresse électronique @ :

Profession:.....

Nom et adresse de l'employeur:.....

N° de tél employeur:.....

VOUS ÊTES ALLOCATAIRES: CAF: Vous bénéficiez de l'aide aux loisirs oui non MSA: Vous bénéficiez du Pass accueil oui non **Justificatif obligatoire, sinon la déduction ne sera pas prise en compte.**

Adresse de votre CAF ou MSA:.....

N° allocataire:.....Montant du quotient familial:.....

AUTORISATION D'ENTREE ET DE SORTIEDéclare: ...autoriser celui-ci à intégrer le Centre de Loisirs seul: oui non ...autoriser celui-ci à quitter le Centre de Loisirs seul: oui non

...décharge la commune de Souillac de toute responsabilité en cas d'accident au cours du trajet.

AUTORISATION D'UTILISATION D'IMAGES

Autorise le Centre de Loisirs et la commune de Souillac à disposer des images de mon enfant librement et gratuitement:

oui non **NOM ET PRENOM DES PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER LES ENFANTS en indiquant le lien.**

Nom/Prénom	Lien	Tél/Fixe	Tél/Port

FICHE SANITAIRE DE LIAISON**VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates et derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diptérie				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, merci de joindre un certificat médical de contre-indication.**L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES?**

Maladie	Oui	Non	Maladie	Oui	Non	Maladie	Oui	Non
Rubéole			Otite			Rougeole		
Varicelle			Angine			Scarlatine		
Oreillons			Coqueluche			Rhumatisme articulaire aigu		

INFORMATIONS ET RECOMMANDATIONS IMPORTANTES**ALLERGIES**

Asthme	Oui	Non	Médicamenteuses	Oui	Non
Alimentaire			Autres		

Merci d'indiquer les éventuels problèmes ou difficultés de santé :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Seul un projet d'accueil individualisé (PAI) permettra de prendre en compte le problème de santé de votre enfant. Merci de nous fournir ce document dès la rentrée.

Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaires?.....

.....

.....

.....

Nom et Tél du médecin traitant (facultatif).....

Centre de Loisirs

	Enfants scolarisés à Souillac et / ou résidents sur Souillac	Tarifs dégressifs à partir du 2 ^e enfant d'une même fratrie scolarisée à Souillac	Enfants résidents hors commune	Tarifs dégressif à partir du 2 ^e enfant d'une même fratrie résidente hors commune
1/2 journée avec ou Sans repas	5,00€		6,00€	
Journée entière avec ou Sans temps repas	10,00€	9,00€ pour le 2 ^e enfant 8,00 pour le 3 ^e enfant 8,00€ pour chaque enfant supplémentaire	12,00€	11,00€ pour le 2 ^e enfant 10,00€ pour le 3 ^e enfant 10,00€ pour chaque enfant supplémentaire
Forfait vacances 5 journées entières consécutives sur la même semaine	40,00€		50,00€	

Sorties Supplémentaires (facturées en plus des ½ journées de présence)

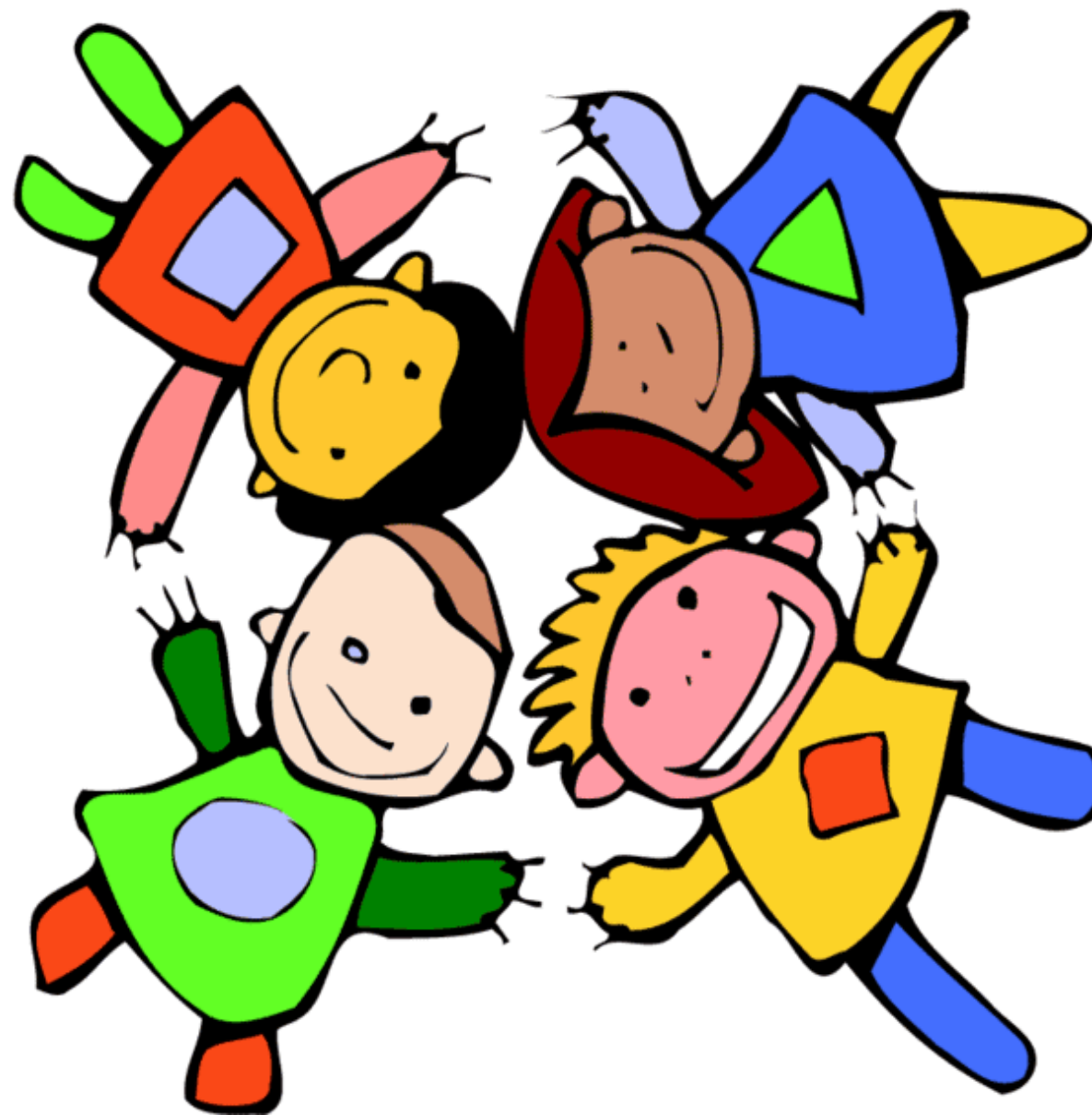
Sortie payante à Souillac	3,50€
Sortie neige, grandes sorties bus (> 100km A/R)	15,00€
Sortie bus (< 100km A/R)	10,00€
Mini-Camp---Nuit par enfant	15,00€
Mini-Camp---Journée par enfant ne dormant pas	15,00€

ENGAGEMENT DU RESPONSABLE LEGAL

Je soussigné,.....
Responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

Date:

Signature:



A.L.S.H LES CIGALES

MAIRIE DE SOUILLAC

Nom et prénom de l'enfant:.....