

Mairie



FICHE D'INSCRIPTION

Centre de loisirs JUILLET

Du 08 juillet au 26 juillet 2024

A retourner en Mairie avant le samedi 31 mai 2024

Attention, pour les enfants n'ayant participé à aucun centre aéré durant l'année scolaire 2023/2024 fournir copie du carnet de santé et fiche familiale si non transmise.

Je soussigné(e) _____ (père, mère, tuteur)

Inscris mon (mes) enfant(s) à l'Accueil de Loisirs

Possibilité de choisir l'inscription au forfait 3, 4 ou 5 jours.

Préciser impérativement les jours de présence de l'enfant en indiquant son prénom.

NOM-PRENOM	DATE DE NAISSANCE

Semaines		<u>LUNDI</u>	<u>MARDI</u>	<u>MERCREDI</u>	<u>JEUDI</u>	<u>VENDREDI</u>
Du 08 au 12 Juillet 2024	Centre ou Camp pour 2014 à 2011					
Du 15 au 19 Juillet 2024	Centre ou Camp pour 2016-2015					
Du 22 au 25 Juillet 2024	Centre ou Camp pour 2018-2017					

Toute inscription vaut engagement définitif et donc engagement de payer pour la période réservée.

Je, soussigné(e) _____, agissant en qualité de (Père, Mère, Tuteur, Titulaire de l'autorité parentale)* demande l'inscription au centre de loisirs de mon (mes) enfant(s) désigné(s) ci-dessus.

* *Rayer les mentions inutiles*

Le,

Signature

Mairie



FICHE D'INSCRIPTION

Centre de loisirs AOUT

Du 29 juillet au 02 Aout 2024

A retourner en Mairie **avant le samedi 31 mai 2024**

Attention, pour les enfants n'ayant participé à aucun centre aéré durant l'année scolaire 2023/2024, fournir copie du carnet de santé et fiche familiale si non transmise.

Je soussigné(e) _____ (père, mère, tuteur)

Inscris mon (mes) enfant(s) à l'Accueil de Loisirs

Possibilité de choisir l'inscription au forfait 3, 4 ou 5 jours.

Préciser impérativement les jours de présence de l'enfant en **indiquant son prénom**.

NOM-PRENOM	DATE DE NAISSANCE

Semaine		<u>LUNDI</u>	<u>MARDI</u>	<u>MERCREDI</u>	<u>JEUDI</u>	<u>VENDREDI</u>
Du 29 Juillet au 02Août 2024	centre					

Toute inscription vaut engagement définitif et donc engagement de payer pour la période réservée

Je, soussigné(e) _____, agissant en qualité de (Père, Mère, Tuteur, Titulaire de l'autorité parentale)* demande l'inscription au centre de loisirs de mon (mes) enfant(s) désigné(s) ci-dessus.

* Rayer les mentions inutiles

Le,

Signature

Mairie



FICHE D'INSCRIPTION
CAMPS ETE 2024

➤ A retourner en Mairie **Avant le samedi 31 mai 2024**

Je soussigné(e) _____ (père, mère, tuteur)

Inscris mon (mes) enfant(s) au camp :

CAMP NATURE ET SPORT



NOM & Prénom du (des) enfant(s) à inscrire au camp

<u>Du 08 au 12 juillet</u> Enfants de 2014 à 2011 (CM et plus) 4 nuitées « vtt, golf, kayak, piscine, Armoripark » (24 places).	
<u>Du 15 au 19 juillet</u> Enfants de 2016 et 2015 (CE1/CE2) 4 nuitées « vtt, tir à l'arc, piscine, Armoripark » (24 places).	
<u>Du 22 au 25 juillet</u> Enfants de 2018 ET 2017 (GS/CP) 3 nuitées « Armoripark, piscine, atelier buissonnier ». (16 places).	

Un supplément de 13 Euros par nuitée et par enfant sera facturé pour ces camps.

Toute inscription vaut engagement définitif et donc engagement de payer pour la période réservée. Ne seront pas prioritaires les enfants s'inscrivant uniquement pour les camps.

Il est demandé aux familles de venir récupérer leur enfant sur le lieu du camp.

Fait à _____, le _____

Signature

Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant les séjours de l'enfant. Elle évite de vous démunir du carnet de santé.

CEPENDANT IL NOUS FAUT LES PHOTOCOPIES DE CARNET DE SANTE

*Une fiche par enfant :

Enfant concerné : Nom : _____ Prénom : _____	Date de naissance : -----/-----/----- Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/>
---	--

*Médecin traitant : Nom : _____ Prénom : _____

Numéro de téléphone : -----/-----/-----/-----/-----

***Vaccination** : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant).

Vaccins obligatoires	oui	non	Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui	non	date
Diphthérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
Ou DT polio				BCG			
Ou Tétracoq				ROR			

Joindre obligatoirement un certificat de contre indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

*Renseignements médicaux :

L'enfant suit il un traitement médical ? OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leurs boites d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant est il allergique ?

Allergies : ALIMENTAIRES OUI NON ASTHME : OUI NON

MEDICAMENTEUSES : OUI NON Autres animaux, plantes, pollen : OUI NON

En cas d'allergie, préciser la cause de l'allergie, les signes évocateurs, et la conduite à tenir :

.....
.....

L'enfant présente-t- il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'information médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?

.....
.....

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaire, etc ... ?

.....
.....

RESPONSABLE LEGAL DE L ENFANT :

Nom : Prénom : Tel :

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

DATE :

SIGNATURE :