



FICHE D'INSCRIPTION 2016/2017

Secteur adolescents

**Ces renseignements resteront confidentiels
et ne seront consultés que par le responsable de l'accueil**

Nom du jeune : **Prénom :**

Né (e) le : **à**

Etablissement scolaire fréquenté: Classe :

Nom du père : **Prénom**.....

Adresse :

tel. Domicile : Tel. Port.:

Profession : Employeur : Tel :

Nom de la mère : **Prénom**.....

Adresse :

tel. Domicile : Tel. Port.:

Profession : Employeur : Tel :

Situation de famille : mariés concubins séparés divorcés veuf/veuve célibataire

Responsable légal : les parents le père la mère tuteur autres

En cas d'urgence prévenir :

Numéro d'urgence (indispensable).....

Allergie ou traitement en cours (indispensable):.....

.....

.....

Régime Général Sécurité Sociale MSA RSA

Autre (préciser)

CAF de

N° Allocataire (indispensable)

N° de Sécurité Sociale de l'assuré pour l'enfant :

Adresse du centre payeur :

Assurance extra scolaire, Numéro :

Organisme et adresse :

Personnes autorisées par les parents à venir chercher le jeune :

Nom : tel. :

Nom : tel. :

Nom : tél :

Nom : tél :

J'autorise mon enfant à rentrer seul à son domicile à la fin des activités

J'autorise le personnel de la CCPR à prendre des photos de mon enfant et de les diffuser dans la presse locale ou sur le site de la CCPR

Je soussigné, Monsieur, Madame..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du secteur adolescent, à prendre le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant, transfert à l'hôpital et intervention chirurgicale si nécessaire.

Date :

**Signature du titulaire de l'autorité parentale
ou du représentant légal :**

Tournez SVP →

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

- **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				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 JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

Si oui joindre une **ordonnance** récente et 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 ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES :

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE 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.**

.....

.....

.....

Droit à l'image

À l'occasion des activités de l'Accueil de Loisirs, votre enfant peut être photographié et nous souhaitons pouvoir éventuellement faire figurer ces photos sur nos plaquettes et/ou sur notre site web.

Ces photographies ne seront accompagnées d'aucune information susceptible de rendre identifiables votre enfant et votre famille, dont le nom ne sera pas mentionné.

- autorise la publication sur le site Internet ainsi que sur les plaquettes de la Communauté de Communes du Ribéracois. n'autorise pas la publication de la photographie de mon enfant.

Les légendes accompagnant la (ou les) photographie(s) ne porteront pas atteinte à la réputation de votre enfant ou à sa vie privée.



FICHE D'INSCRIPTION 2016/2017

Secteur adolescents

Ces renseignements resteront confidentiels
et ne seront consultés que par le responsable de l'accueil

Tarifs et facturation

Activité payante avec transport	15 €
Activité gratuite avec transport	5 €
Activité gratuite sans transport	2 € *

***Le seuil d'encaissement étant de 5 € minimum, vous ne recevrez une facture qu'au bout de 3 activités à 2 €, ou à la fin de l'année civile, quelque soit le montant (même inférieur à 5€).**

Mode de règlement :

Pour rappel, toutes les activités d'une même famille sont regroupées sur une facture unique mensuelle. (ex : accueil périscolaire, mercredis, vacances, activités ados).

Vous devrez régler cette facture auprès du trésor public de Ribérais, par cheque, ou sur place en liquide.

Vous avez aussi la possibilité d'opter pour le prélèvement automatique, en remplissant l'autorisation de prélèvement SEPA ci-joint (accompagné d'un RIB).