



Accueil de Loisirs sans hébergement de CHANTRAINE



Du lundi 10 Février au vendredi 14 Février 2025

Horaire journalier de 9 h 00 à 17 h 00

Accueil de 7h30 à 9h00 et départ de 17h00 à 18h30

Date limite d'inscription : Mercredi 29 Janvier 2025 dernier délai

A fournir : Copie des pages de vaccination du carnet de santé – pour valider l'inscription, le dossier doit être complet et le paiement règlement effectué.

	Tarif extérieur	Tarif chantrainois (avec la participation communale)
QF < 700	88 €	66 €
QF > 700	100 €	78 €
L'ENFANT		
Nom :	Prénom :	
Date de naissance :	Sexe : Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/>	
Classe :		
Adresse :		
N° :	Voie :	
CP :	Ville :	
Repas sans porc : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON (en cas de non-réponse, le régime avec porc sera donné)		
Repas sans viande : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
RESPONSABLES LEGAUX		
Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre :	Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre :	
NOM :	NOM :	
Prénom :	Prénom :	
Adresse (si différente de l'enfant)		
N° rue :	N° rue :	
Code postal :	Code postal :	
Ville :	Ville :	
Tel Portable :	Tel Portable :	
Tel Prof :	Tel Prof :	
Mail :	Mail :	
RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS		
Règlement à l'inscription : Chèque (ordre : RR Chantraine ALSH), Chèque vacances, bons CAF		
Nom et adresse de la mutuelle :		
N° contrat :	N° allocataire :	
Nom du médecin traitant :	tel :	
PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE		
Nom :	Nom :	
Prénom :	Prénom :	
Lien de parenté :	Lien de parenté :	
Tél :	Tel :	
Nom :	Nom :	
Prénom :	Prénom :	
Lien de parenté :	Lien de parenté :	

Tél :	Tél :									
AUTORISATION PHOTOS / VIDEOS										
Je soussigné(e) : _____ père, mère, tuteur de _____, autorise l'équipe d'animation, à filmer, prendre des photos de mon enfant lors de la pratique d'activités mises en place par l'accueil de Loisirs de Chantraine. Ces images pourront être diffusées sur différents supports (presse, site internet, l'écho de Chantraine...). <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non										
AUTORISATION DE SORTIE										
Je soussigné(e) _____ autorise mon enfant : _____										
- à repartir seul à la maison : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non										
- à repartir avec les personnes désignées ci-dessous :										
Nom et prénom : _____	lien avec l'enfant : _____									
Nom et prénom : _____	lien avec l'enfant : _____									
Nom et prénom : _____	lien avec l'enfant : _____									
Nom et prénom : _____	lien avec l'enfant : _____									
RENSEIGNEMENTS MEDICAUX										
VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMANDES	DATES					
Diphtérie				Hépatite B						
Tétanos				Rubéole/Oreillons/Rougeole						
Poliomyélite				Coqueluche						
Ou DT Polio				BCG						
Ou Tétracoq				Autres (à préciser) :						
									
Pendant l'accueil , l'enfant suit-il un traitement médical ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>										
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 eu les maladies suivantes ?										
	Mal des transports	Varicelle	Rubéole	Rhumatismes	Scarlatine	Coqueluche	Otites	Angine	Rougeole	Oreillons
OUI										
NON										
Allergies : Médicamenteuse : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Alimentaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non										
Asthme : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Autres :										
Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :										
Indiquer les autres difficultés de santé : (maladie, accident, hospitalisation, etc.) en précisant les dates et précautions à prendre :										
Recommandations utiles des parents : (port de lunettes, lentilles, prothèses, etc).										

Je soussigné(e) : _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature du responsable :
(obligatoire)