



# DOSSIER D'INSCRIPTION « A.L.S.H »

(Accueil de Loisirs sans Hébergement)

**Dossier à déposer à partir du 21 juin 2021**



## L'ENFANT :

Nom et prénom : .....  Garçon  Fille

Date de naissance : ..... Age : .....

Adresse du domicile : .....

N° ALLOCATAIRE (obligatoire) : .....

Attestation d'assurance ou Responsabilité Civile – N° du contrat : .....

## LE RESPONSABLE LEGAL : (Cochez et complétez selon le cas)

Père (Nom & Prénom) : .....

N° tél. Privé : ..... N° tél. Professionnel : .....

Mère (Nom & Prénom) : .....

N° tél. Privé : ..... N° tél. Professionnel : .....

Adresse mail : .....

Autre (Nom & Prénom) : .....

N° tel. Privé : ..... N° tél. Professionnel : .....

**NB : En cas de séparation avec décision du tribunal, prière de joindre un justificatif.**

## AUTRES PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT :

Nom-Prénom : ..... N° tél. ....

Nom-Prénom : ..... N° tél. ....

Nom-Prénom : ..... N° tél. ....

## L'ENFANT EST AUTORISE A RENTRER SEUL PAR SES PROPRES MOYENS :

## PERSONNES A PREVENIR EN CAS DE NECESSITE (maladie, accident etc...) :

Nom-Prénom : ..... N° tél. ....

Nom-Prénom : ..... N° tél. ....

Nom-Prénom : ..... N° tél. ....

# AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) .....

## Exerçant l'autorité parentale de l'enfant :

Nom : ..... Prénom : .....

Déclare avoir pris connaissance de la réglementation des activités organisées par la Ville de Saint-Avold dans le cadre des actions en faveur de la jeunesse.

Déclare être assuré(e) pour les dommages que mon enfant pourrait subir au cours de la pratique des activités ou occasionner à d'autres personnes.

Cochez la case correspondante	OUI	NON
Autorise la Ville de Saint-Avold ou le responsable de l'activité à <b>publier des photographies</b> de mon enfant ou <b>filmer dans le cadre de ses activités</b> , sans pouvoir exiger une quelconque contrepartie et sans que la responsabilité de la Ville de Saint-Avold ne puisse être recherchée à ce sujet.		
Autorise la Ville de Saint-Avold ou le responsable de l'activité à <b>prendre les mesures d'urgence</b> concernant mon enfant, notamment <b>en cas d'accident</b> .		

## REGIME ALIMENTAIRE :

.Avec VIANDE

.Sans VIANDE

.ALLERGIES.....

(En cas d'allergies les repas seront fournis par la famille)



# **REGLEMENT**

## **TARIFICATION ET DROITS D'INSCRIPTION :**

- Habitants de Saint-Avold : de 63,00 € à 73,50 € la semaine
- Habitants hors de Saint-Avold : de 73,00 € à 83,50 € la semaine

## **INSCRIPTION : Centre aéré Oderfang 03 56 03 00 00**

**La totalité des droits d'inscription est à régler lors du dépôt du dossier à Oderfang:**

- Espèces
- Chèque (à établir à l'ordre du Trésor Public)
- Chèques-vacances
- Bons CAF

**NB : Comités d'Entreprise (les attestations seront établies en fin de Centre Aéré)**

## **PIECE A PRESENTER :**

- Original Feuille d'imposition 2021 sur les revenus de l'année 2020*

## **PIECES A FOURNIR :**

- Fiche sanitaire de liaison (ci-jointe)
- Attestation Assurance scolaire
- Originaux des Bons CAF

**« SEULS LES DOSSIERS COMPLETS SERONT VALIDES »**

**A Saint-Avold, le .....**

**Signature : (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)**



N° 10008\*02

# MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

## 1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_  
 PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
 GARÇON  FILLE

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

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

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCC					

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

## 3 - 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	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

ALLERGIES : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
 ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES \_\_\_\_\_

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, OPERATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui  non   
 S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui  non

## 5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
 ADRESSE (pendant le séjour) : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : \_\_\_\_\_ BUREAU : \_\_\_\_\_

## N° SÉCURITÉ SOCIALE :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : \_\_\_\_\_

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL :  DE LA CMU  D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

Je soussigné, ..... 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 : \_\_\_\_\_

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES**  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_