

Dossier de renseignements complémentaires

Nom _____ Prénom de l'enfant _____

Date de naissance _____ Village _____

REGIME DE SECURITE SOCIALE DONT DEPEND L'ENFANT

Organisme (CPAM, MSA, autres) -----

N° de sécurité Sociale-----

QUOTIENT FAMILIAL

Dans le cadre d'une mise en place d'une tarification modulée souhaitez-vous que la commune puisse accéder aux informations concernant vos revenus :

☐ Directement auprès de la Caisse d'Allocation Familiale - N° allocataire -----

☐ Je ne suis pas allocataire CAF, en fournissant votre dernier avis d'imposition sur le revenu.

Dans le cas de la non justification des revenus, le barème de la tranche la plus élevée sera retenu.

AUTORISATIONS PARENTALES

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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

☐ Je m'engage à rembourser la communauté de communes du montant des frais médicaux avancés par elle.

☐ Je déclare avoir lu et approuvé le règlement intérieur.

☐ J'autorise, la communauté de communes à fixer, reproduire, diffuser et exploiter l'image, de mon enfant en tout ou partie, en nombre illimité, à titre gracieux, en tous formats, en couleurs et/ou en noir et blanc, sur le support photo ou vidéo, notamment à travers le site internet, la page Facebook de l'accueil de loisirs ou dans le cadre de diffusion de photos ou vidéos réalisées dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs auprès des adhérents de la communauté de communes.

☐ J'autorise mon enfant à sortir de l'enceinte de l'ALSH pour suivre une activité mise en place par l'équipe d'animation.

AUTRES

L'enfant bénéficie-t-il d'un PAI (projet d'accueil individualisé) ☐ Oui ☐ Non

Merci de nous fournir une copie.

Date :

Signature :

COMMUNAUTÉ DE COMMUNES

« LES AVANT-MONTS »

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2017

1 - ENFANT

NOM: _____

PRENOM: _____

DATE DE NAISSANCE: _____

GARÇON ☐ FILLE ☐ AGE : _____

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS OBLIGATOIRES POUR L'ACCUEIL DE VOTRE ENFANT

2 - 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
Diphtérie				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

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? 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 AIGU	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

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, OPÉRATION, 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.

.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE LEGAL (1)

☐ Père

☐ Mère

☐ Tuteur légal / Famille d'accueil

Situation familial : ☐ Marié(e) ☐ Séparé(e)/divorcé(e) ☐ / Pacsé(e) ☐ Célibataire

NOM..... Prénom.....

Adresse.....

☎ Domicile/...../...../...../...../...../ ☎ Portable/...../...../...../...../ ☎ BUREAU...../...../...../...../...../

Profession : Adresse courriel :

RESPONSABLE LEGAL (2)

☐ Père

☐ Mère

☐ Tuteur légal / Famille d'accueil

Situation familial : ☐ Marié(e) ☐ Séparé(e)/divorcé(e) ☐ / Pacsé(e) ☐ Célibataire

NOM..... Prénom.....

Adresse.....

☎ Domicile/...../...../...../...../...../ ☎ Portable/...../...../...../...../ ☎ BUREAU...../...../...../...../...../

Profession : Adresse courriel :

6 – PROCURATION (ENFANT DE MOINS DE SIX ANS) & LISTE DES PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER LES ENFANTS

UN ENFANT NE PEUT PAS SORTIR SEUL DE L'ACCUEIL DE LOISIRS OU DU BUS. LA SEULE PERSONNE AUTORISEE A RECUPERER L'ENFANT EST SON REPRESENTANT LEGAL. CELLE-CI PEUT DESIGNER UNE OU PLUSIEURS PERSONNES A VENIR CHERCHER L'ENFANT EN CAS D'ABSENCE. ELLE DOIT ETRE NOMMEE DANS LA LISTE CI-DESSOUS. LA SORTIE DE L'ENFANT SE FAIT AUX HEURES DE SORTIES DE L'ACCUEIL DE LOISIRS.

Liste des personnes autorisées :

Nom Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone



En cas de modification de l'état de santé de l'enfant ou de la liste des personnes autorisées à venir chercher l'enfant, le représentant légal est tenu d'en informer le directeur de l'accueil de loisirs afin qu'il prenne les dispositions nécessaires.

Date :

Signature :

ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT

« LA CLE DES CHAMPS » À ROUJAN

De 3 à 12 ans

Ecole Jules Ferry Avenue de Caux 34320 Roujan

TÉLÉPHONE/FAX : 04.67.24.82.31

EMAIL : lacledeschamps.roujan@wanadoo.fr

Périodes d'ouvertures

Tous les mercredis et vacances scolaires.

Fermé vacances de Noël.

Les Horaires

- Le mercredi : ouverture de 12h00 à 18h30.
Départ à partir de 17h (possibilité de récupérer son enfant avant 17h sous décharge) voir directement la direction de l'ALSH ;
- Les vacances scolaires : ouverture de 7h30 à 18h30.
Arrivée entre 7h30 et 9h, départ à partir de 17h.

Inscriptions les mercredis et vacances scolaires 2017

Les mercredis : 3 possibilités d'inscriptions

- Possibilité d'inscription à la ½ journée avec repas.
- Possibilité d'inscription à la ½ journée sans repas
- Possibilité d'inscription au repas uniquement (départ avant 13h30).

Les vacances scolaires :

- Possibilités d'inscriptions à la journée ou à la semaine.

Comment s'inscrire :

- ❖ Remplir un dossier d'inscription (une fois par année civile)
 - Fiche sanitaire
 - Fiche complémentaire
 - La photocopie de votre attestation de sécurité sociale
- ❖ Remplir une fiche de réservation

L'inscription de l'enfant ne sera prise en compte qu'après réception du paiement.

Où s'inscrire :

Directement, auprès des directeurs à l'accueil de loisirs de Roujan.

Adresse : école Jules Ferry Avenue de Caux 34480 Roujan (A côté de la Gendarmerie)

Téléphone : 04 67 24 82 31

Transport : Uniquement les mercredis*

RAMASSAGE EN MINIBUS

1^{er} mini bus

12h00 Abeilhan

12h15 Alignan du Vent

2^{ème} minibus

12h00 Pouzolles

12h15 Margon

3^{ème} minibus

12h00 Gabian

12h15 Neffies

TARIFS :

Une tarification modulée est mis en place en fonction de votre quotient familial établi par la caisse d'allocation familiale

• **Tarif allocataires CAF:**

Uniquement les mercredis

:

QUOTIENT FAMILIAL	JOURNÉE	Repas Départ avant 13h30	1/2 JOURNÉE avec repas	1/2 JOURNÉE sans repas	SEMAINE	JOURNÉE été	SEMAINE été
De 0 à 369	6,40 €		4,85 €	1,55 €	26,00 €	7,40 €	31,00 €
De 370 à 800	7,40 €		5,35 €	2,05 €	31,00 €	8,40 €	36,00 €
De 801 à 1000	11,00 €	Tarif unique	7,15 €	3,85 €	49,50 €	12,00 €	54,00 €
Plus de 1001	12,00 €	3,30€	7,65 €	4,35 €	54,00 €	13,00 €	59,00 €

Renseignement site internet : <http://www.avant-monts-centre-herault.fr>

COMMUNAUTÉ DE COMMUNES « LES AVANT-MONTS DU CENTRE HÉRAULT »

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

2016

1 - ENFANT

NOM: _____

PRENOM: _____

DATE DE NAISSANCE: _____

GARÇON ☐ FILLE ☐ AGE : _____

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS OBLIGATOIRES POUR L'ACCUEIL DE VOTRE ENFANT

2 - **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
Diphtérie				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

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? 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 AIGU	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

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

.....

