

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

4 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

5 – En cas de placement de l'enfant : NOM et PRENOM de l'Assistante Familiale .....

TEL FIXE : ..... PORTABLE : .....  
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

N° d'Immatriculation à la Sécurité Sociale :

N° d'immatriculation à la Caisse d'Allocations Familiales de Valenciennes OBLIGATOIRE même si vous n'avez qu'un seul enfant (une carte et un n° vous ont été attribués par la C.A.F.)

**AUTORISATIONS**

\*Entourez la case correspondant à votre choix et barrez l'autre case

AUTORISE  OUI ou  NON\* mon enfant désigné au verso à participer à :  
**PISCINE - SORTIES** pendant la période de fonctionnement de l'Accueil Municipal de Loisirs

AUTORISE et DONNE POUVOIR  OUI /  NON\* à la Direction de l' A.L.S.H. pour prendre les mesures d'urgence nécessaires en cas d'accident durant les heures d'ouverture de l'accueil.

*Veuillez signaler tout problème médical nécessitant une surveillance particulière et fournir le protocole médical sous enveloppe cachetée dès le premier jour du centre (asthme, allergie, ..)*

AUTORISE  OUI /  NON\* mon enfant désigné au verso à rentrer au domicile en fin d'accueil de loisirs sans être accompagné

AUTORISE M. ou Mme ..... à reprendre mon enfant désigné au verso en fin d'accueil de loisirs.

AUTORISE  OUI /  NON\* la prise de photographies pour l'information municipale.

Je soussigné,.....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date : Signature : (Père ou Mère)

Signature : (Assistante familiale)



# VILLE DE ROEULX



## Accueil Municipal de Loisirs

### AVRIL 2018

### ENFANTS DE 3 A 6 ANS

L'Accueil Municipal de Loisirs sera ouvert du **LUNDI 23 AVRIL au VENDREDI 4 MAI, de 09H00 à 12H00 ET DE 14H00 à 17H00** et accueillera les enfants de 3 à 6 ans dans l'année (il faut avoir 3 ans à l'ouverture du centre). **Le rassemblement des enfants se fera à la Cense aux Mômes.**

Ce formulaire devra être remis à la Mairie aux jours et heures ci-après accompagné du règlement, vous devrez présenter le jour de l'inscription l'avis d'imposition sur les revenus 2016 et fournir la copie des vaccins obligatoires, un certificat médical de non contre-indication pour la pratique de certaines activités physiques.  
**Attention : Un certificat médical annuel n'est pas recevable. (moins de trois mois de validité, réglementation Jeunesse et Sports).**

- SAMEDI 31 MARS }
- JEUDI 5 AVRIL }
- VENDREDI 6 AVRIL }
- SAMEDI 7 AVRIL }

**Pour des raisons d'organisation, aucune inscription et aucun règlement ne seront pris après les dates, ainsi que le jour d'ouverture.**

**Prévoir journallement une tenue de sport et chaussures de sport dans un sac**

**⚠ Ce bulletin d'inscription et cette fiche sanitaire de liaison sont à remettre en Mairie complétés des deux côtés le jour de l'inscription (merci de ne pas découper cette feuille vous-même).**

**RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR).....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

				VOTRE ENFANT FREQUENTERA L'ACCUEIL ? REPOSE IMPERATIVE !	
Nom de l'enfant	Prénom	Date Naissance	Lieu Naissance	Du 23 au 27 Avril	Du 30 Avril au 4 Mai

**DROIT D'INSCRIPTIONS ACCUEIL DE LOISIRS FEVRIER 2018**

Les droits d'inscriptions sont déterminés en fonction des revenus et du nombre d'enfants. Les revenus pris en considération sont ceux de l'année 2016, ligne « revenu imposable » L'avis d'imposition ou de non-imposition sur les revenus 2016 est à produire obligatoirement, à défaut le tarif C sera appliqué.

Nbre d'enfants du même foyer	PLAFONDS		
	Revenus ouvrant droit au tarif du barème A	Revenus ouvrant droit au tarif du barème B	Revenus imposant le barème C
1	8 723 €	11 776 €	Revenus supérieurs à ceux du barème B
2 et plus	13 085 €	17 664 €	

**TARIFS PAR ENFANT ET PAR SEMAINE**

	A	B	C	Nbre de semaines fréquentées	Moyen de paiement	Date de paiement
1 enfant	19 €	21 €	23 €			
2 enfants et plus	17 €	19 €	21 €			

Nb : Les tarifs sont applicables aux enfants scolarisés à ROEULX et/ou domiciliés dans cette même commune.

Extérieurs à la commune de Roeux, mais dont l'un des parents domiciliés sur la commune a la garde légale pendant les vacances scolaires considérées.

Le remboursement d'une semaine entière ne se fera que sur présentation d'un certificat médical.

**VILLE DE ROEULX**

**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON**



1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L' ENFANT : ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

PRESENCE DE L'ENFANT AU CENTRE DE LOISIRS (Cocher les semaines de présence)

Semaine 1	Semaine 2

1 - VACCINATIONS : Veuillez fournir une copie des pages « vaccination » du carnet de santé le jour de l'inscription.

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION , cacheté sous enveloppe

**2 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui  non  ALIMENTAIRES oui  non  MEDICAMENTEUSES oui  non  AUTRES .....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.