



**Commune de Carnin**  
Centre de loisirs « Valérie Martin »  
Inscription à la journée  
(Restauration comprise)



**Période d'Octobre**

	3-5 ans	6 ans et +	Garderie Matin	Garderie Soir
Lundi 19				
Mardi 20				
Mercredi 21				
Jeudi 22				
Vendredi 23				

Nom et Prénom de l'enfant : .....  
Né(e) le : ..... A : .....  
Classe fréquenté : ..... Pointure : .....

**Responsable légale**

Madame, Monsieur : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
Téléphone : ..... Email : .....  
N° de Sécurité sociale : ..... N° allocataire obligatoire .....

**Coordonnées des parents**

N° de téléphone joignable (pour appel en cas d'urgences).

Parent 1 : .....  
Parent 2 : .....

**Informations Médicales**

Médecin : ..... Téléphone : ..... Mutelle : Oui/Non  
CMU : Oui/Non. Si oui joindre à l'inscription une photocopie de la prise en charge.  
Hôpital où vous souhaitez que votre enfant soit admis, si nécessaire : .....  
Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ?  
 Ne mange pas de porc                       Ne mange pas de Viande  
 Allergies Alimentaire : .....  
 Autres : Précisez : .....

Je soussigné(e) .....  
Responsable l'égal de l'enfant .....

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre de loisirs à prendre, le cas échéant toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation...) rendues nécessaire par l'état de mon enfant et me conforme à la réglementation du transport.
- Autorise mon enfant à participer à l'ensemble des activités ainsi que toute prise de vue de mon enfant, pour publication, dans le cadre de la valorisation des animations auxquelles il aurait participé, durant les sessions.
- Atteste que mon enfant ne présente aucune contre-indication comme pour la pratique des activités physiques et sportives en accueil collectif de mineurs.
- Autorise mon enfant à participer à l'ensemble des activités ainsi que toute prise de vue de mon enfant, pour publication, dans le cadre de la valorisation des animations auxquelles il aurait participé, durant le centre.

Fait à : .....  
Le .....  
Signature du Parent :

**Le centre de Loisirs est ouvert durant 1 semaine  
aux enfants de 3 à 17 ans.  
L'inscription des enfants est désormais possible aux tarifs  
suivants :  
TARIFS CARNINOIS – ou ENFANTS SCOLARISES A CARNIN**

Vacances Octobre					
Carninois					
QF	0-369 €	370 à 499 €	500 à 600 €	601 à 850 €	> 850 €
Journée avec Repas	0,96 €/H Soit 7,68 €/journée	1,20 €/H Soit 9,60 €/journée	1,38 €/H Soit 11,04 €/journée	1,55 €/H Soit 12,40 €/journée	1,79 €/H Soit 14,32 €/journée
Semaine avec Repas	0,70 €/H Soit 28 €/journée	0,89 €/H Soit 35,60 €/journée	1,05 €/H Soit 42 €/journée	1,18 €/H Soit 47,20 €/journée	1,42 €/H Soit 56,80 €/journée
Extérieurs					
QF	0-369 €	370 à 499 €	500 à 600 €	> 600 €	
Journée avec Repas	0,96 €/H Soit 7,68 €/journée	1,20 €/H Soit 9,60 €/journée	1,38 €/H Soit 11,04 €/journée	2,69 €/H Soit 21,52 €/journée	
Semaine avec Repas	0,70 €/H Soit 28 €/journée	0,89 €/H Soit 35,60 €/journée	1,05 €/H Soit 42 €/journée	2,36 €/H Soit 94,40 €/journée	

### Facture

Mairie de Carnin  
1 rue du lieutenant Baillet  
59 112 Carnin

Carnin, Le ..... 2020

Adresse de facturation
------------------------

Frais de Participation  
Centre de loisirs Octobre 2020  
QF : .....

Prénom et Nom de l'enfant : .....

Nbrs de Jours / Semaine complète	Tarif Journalier / Tarif à la Semaine	Total Facturation

Mode de règlement	FACTURE ACQUITTEE



# 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.

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
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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 ?

<b>RUBÉOLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>VARICELLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>ANGINE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>SCARLATINE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>OTITE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>ROUGEOLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>OREILLONS</b> 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, 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.

---

---

---

---

---

---

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?       NON       OCCASIONNELLEMENT       OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?       NON       OUI

---

#### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

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

*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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date :

Signature :

---

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

---

---

OBSERVATIONS

---

---

---

---

---

---