

Photo d'identité

- A.L.S.H**
 C.L.A.S
 CLUB JEUNES



FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

ANNEE 2018/2019 - N°

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Sexe : _____

N° Carte vitale (affiliée à l'enfant) : _____

Classe : _____ Nom et commune de l'école : _____

Professeur principal / Enseignant : _____

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom : _____ Tel : _____

Nom : _____ Tel : _____



Pour des raisons de sécurité et d'obligations légales, nous ne pourrions accueillir votre enfant si ce dossier ne nous est pas remis ou est incomplet. Merci de votre compréhension.

Documents à joindre obligatoirement au dossier :

- Attestation des aides attribuées.
- Avis d'imposition (se présenter au secrétariat avec celui des deux parents si non mariés)
- Attestation d'assurance (responsabilité civile)
- Photocopie du carnet des vaccinations de l'enfant

CADRE RESERVE AU CENTRE SOCIAL

INFORMATIONS OBLIGATOIRES :

Autorisations : _____

Régime alimentaire particulier : _____

Renseignements médicaux :

FACTURATION :

AIDES ATTRIBUEES : _____

TARIF : _____

L'enfant sait nager : OUI NON

PERE

Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse : _____
 Code Postal : _____ Commune : _____
 Profession : _____
 Tel. Domicile : _____ Tel. Professionnel : _____
 Mobile : _____ Courriel (E-mail) : _____
 Autorité parentale Oui Non
 Régime Général MSA Autre (à préciser) _____

MERE

Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse : _____
 Code Postal : _____ Commune : _____
 Profession : _____
 Tel. Domicile : _____ Tel. Professionnel : _____
 Mobile : _____ Courriel (E-mail) : _____
 Autorité parentale Oui Non
 Régime Général MSA Autre (à préciser) _____

SITUATION FAMILIALE :

Mariés Concubins Divorcés Séparés Veuf (ve) Célibataire Pacsés
 Enfant vivant chez :
 Parents Mère Père Garde alternée Famille d'accueil
 Nombre total d'enfants : _____ Nombre d'enfants à charge : _____

AUTORISATIONS

Le Centre Social s'engage à protéger vos données informatiques personnelles.

Je soussigné(e) _____ désigne les personnes suivantes en tant que personnes habilitées à venir chercher mon enfant (*avec présentation d'une carte d'identité*) :

Nom _____ Prénom _____ Lien de parenté _____ Tel. : _____
 Nom _____ Prénom _____ Lien de parenté _____ Tel. : _____
 Nom _____ Prénom _____ Lien de parenté _____ Tel. : _____
 Nom _____ Prénom _____ Lien de parenté _____ Tel. : _____

Autorise mon enfant à arriver seul au Centre Social	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autorise mon enfant à repartir seul à son domicile	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autorise le responsable de secteur à mettre en œuvre, en cas d'urgence, des traitements et interventions médicalement nécessaires et à transporter mon enfant au service d'urgences pédiatriques de l'hôpital, ou autre (à préciser.....)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autorise mon enfant à voyager en bus dans le cadre des activités du Centre (conduit par un animateur ou un bénévole du Centre Social avec le permis depuis + de 2 ans)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autorise le Centre Social à publier librement et gratuitement des photographies prises dans le cadre de ses activités (publications et internet)		
- Me représentant	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- Représentant mon enfant	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autorise mon enfant à participer aux activités et aux sorties proposées par le Centre Social Cap' de Tout durant ses journées de présence. Si non, lesquelles :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autorise mon enfant à participer aux sorties extérieures à la structure. Si non, précisez lesquelles :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Parapher :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

1. Vaccinations

Joindre la **photocopie des 3 pages** (même vierges) du **carnet de vaccination** de l'enfant.

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires à jour, joindre également un certificat médical de contre-indication.

2. Allergies

Asthme Oui Non
Alimentaires Oui Non Lesquelles : _____
Médicamenteuses Oui Non Lesquelles : _____

Autres : _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

3. Régime alimentaire

L'enfant a-t-il un régime alimentaire particulier : Oui Non

Si oui, lequel ? _____

4. Traitement médical

En cas de traitement médical, merci de prévenir le secrétariat du Centre Social et de joindre obligatoirement l'ordonnance et les médicaments dans leur emballage d'origine (avec la notice) marqués au nom de l'enfant. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

5. Maladies : L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

6. Difficultés de santé

Indiquez ci-après **les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation)** en précisant les dates et **les précautions à prendre**.

7. Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... Précisez.

RENSEIGNEMENTS ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES

Existe-t-il des **contre-indications médicales** pour la pratique de certains sports : Oui Non

Si oui, lesquelles : _____

En cas d'activité nautique, j'**atteste sur l'honneur** que mon enfant : sait nager ne sait pas nager

AUTRES INFORMATIONS

Informations complémentaires qu'il vous semble utile de nous fournir :

Parapher :

CONTACT

Les inscriptions et annulations se font **UNIQUEMENT à l'accueil du Centre Social : 05 59 06 68 70.**

L'équipe d'animation est joignable sur les horaires de fermeture de l'accueil : 06 75 74 48 31.

- Lundi : 7h30 -18h30 (pendant les vacances uniquement)
- Mardi, jeudi et vendredi : 7h30 – 9h00 /12h00-14h00 (pendant les vacances uniquement)
- Mercredi : 7h30 – 9h00 /12h00-14h00 (période scolaire et vacances)

ANNULATION :

Toute modification ou annulation de réservation doit être transmise au secrétariat **72h avant** (hors Week-end).

Passé ce délai, la réservation (encadrement + sorties) et le repas seront facturés (sauf sur présentation d'un certificat médical).

	ALSH	CLAS	CLUB JEUNES
HORAIRES	<u>Hors vacances scolaires</u> Mercredi Sans repas 7h30-12h00/13h30-18h30 Avec repas 7h30/18h30 <u>Vacances scolaires</u> Du lundi au vendredi Sans repas 7h30-12h00/13h30-18h30 Avec repas 7h30/18h30 (Voir programme)	<u>Hors vacances scolaires</u> Mazères-Lezons : Mardi et jeudi 16h30/18h30 Uzos : Lundi 16h00/18h30	<u>Hors vacances scolaires</u> Mardi et jeudi 9h00-12h00/14h00-16h00 Mercredi 9h00/18h00 <u>Vacances scolaires</u> Du lundi au vendredi 9h00/18h00 <u>Soirs et week-end :</u> En fonction de la programmation
TARIFS Les tarifs sont revus annuellement	En fonction des revenus et de la commune de résidence <u>Repas</u> : 3,60€ / jour / enfant Pendant les vacances : - Seul le tarif journée est appliqué - Un acompte de 30% est demandé lors de l'inscription - Les suppléments doivent être payés à l'avance	Mazères-Lezons : 30€/ an Uzos : 20€/ an	/
	L'adhésion annuelle au Centre Social est obligatoire : 7€ / enfant		
SERVICES COMPRIS	<ul style="list-style-type: none">- Activités- Matériel pédagogique- Gouter- Encadrement	<ul style="list-style-type: none">- Goûter- Aide aux devoirs- Activités- Accompagnement	<ul style="list-style-type: none">- Présence d'animateurs sur la structure
NON COMPRIS	<ul style="list-style-type: none">- Des éventuelles aides (CAF, comités d'entreprise, CASI, CESU, ANCV...)- Des suppléments pour les sorties spécifiques (voir programme).		

FACTURATION :

Facturation au nom de : _____

Je soussigné(e) _____ certifie pour exacts les renseignements figurant sur cette fiche et m'engage à signaler tout changement le plus rapidement possible au secrétariat du Centre Social.

J'atteste également avoir pris connaissance du projet associatif (remis lors de l'inscription) et du projet pédagogique (disponible à l'accueil ou sur notre site internet) du Centre Social Cap' de Tout.

Fait à Mazères-Lezons, le _____

Signature des parents :