Pays de la Serre
Communauté de Communes

Nom de l'enfant :

Nom :
Prénom :

Bulletin d'inscription

2022-2023

Ce bulletin d'inscription annuel est à remplir, chaque année, par le tuteur légal de l'enfant.

Une fiche d'inscription simplifiée sera disponible pour chaque période d'accueil.

Ce bulletin est interactif, à remplir en ligne ou à imprimer.

Communauté de Communes du Pays de la Serre
1, rue des Telliers - 02270 Crécy-sur-Serre
Tél. 03 23 80 77 22 - Fax. 03 23 80 03 70
Port. 06 78 19 65 42
E-mail : loisirs@paysdelaserre.fr

Sommaire

Ce bulletin d'inscription annuel est à remplir, chaque année, par le tuteur légal de l'enfant, un bulletin d'inscription simplifié sera disponible pour chaque période d'accueil.

Ce bulletin est interactif, à remplir en ligne ou à imprimer.

01 PARENTS

02 ENFANTS

03 AUTORISATIONS

04 DOCUMENTS

05 FICHE DE LIAISON SANITAIRE

Parents

Responsable légal - 1

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Portable :

E-mail :

Profession : Employeur :

Téléphone professionnel :

Qualité : Situation familiale :

Responsable légal - 2

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Portable :

E-mail :

Profession : Employeur :

Téléphone professionnel :

Qualité : Situation familiale :

Régime de l'enfant

☐ Général ou fonctionnaire ☐ MSA

☐ Autre, précisez :

N° d'allocataire :

Nombre d'enfant(s) à charge dans le foyer, y compris l'enfant concerné) : 1

Votre Quotient Familiale :

J'autorise les responsables de l'Accueil de Loisrs Sans Hébergement de la Communauté de communes du Pays de la Serre à consulter le site CAF-PRO à partir de mon numéro d'allocataire CAF afin de déterminer la réduction fixée par la CAF de l'Aisne ?

☐ Oui ☐ Non

Enfant

Nom : Prénom :

Date de naissance : Âge :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Portable :

E-mail :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Nom : Prénom :

Tél. : Port. :

Lien de parenté avec l'enfant :

Nom : Prénom :

Tél. : Port. :

Lien de parenté avec l'enfant :

Nom : Prénom :

Tél. : Port. :

Lien de parenté avec l'enfant :

Personnes à prévenir en cas d'urgence

Nom : Prénom :

Tél. : Port. :

Lien de parenté avec l'enfant :

Nom : Prénom :

Tél. : Port. :

Lien de parenté avec l'enfant :

Nom : Prénom :

Tél. : Port. :

Lien de parenté avec l'enfant :

Autorisations

Je soussigné(e) Mme/M. ,
responsable de l'enfant ,

1 - Autorisation à partir seul

☐ autorise ☐ n'autorise pas, mon enfant à partir seul de l'accueil de loisirs ou de l'arrêt de bus.

2 - Autorisation à participer à toutes les activités et à utiliser les moyens de transport mis en place pour s'y rendre

☐ autorise ☐ n'autorise pas, mon enfant.

3 - Autorisation de droit à l'image

L'article 9 du code civil définit le droit au respect de la vie privée qui permet aux individus de disposer de prérogatives concernant l'utilisation qui peut être faire de leur image. Pour les mineurs, il nous est recommandé d'obtenir une autorisation parentale d'utilisation de l'image.

☐ autorise ☐ n'autorise pas, la Communauté de communes du Pays de la Serre à utiliser les photographies et vidéo de mon enfant prises au cours des activités sans contrepartie financière à des fins d'informations et de communication auprès des familles, usagers et partenaires.

Merci de préciser les autorisations :

☐ les publications du Pays de la Serre (affiches, brochures, magazines, presse, ...)

☐ diffusion sur la page Facebook du Pays de la Serre

☐ diffusion sur le site Internet https://www.paysdelaserre.fr

☐ présentation au public lors d'événements (exposition, portes ouvertes, ...)

4 - Autorisation médicale

J'autorise le/la responsable du centre, ou à défaut son adjoint(e), en cas d'impossibilité de me joindre de prendre, en cas de maladie ou d'accident de l'enfant, toutes les mesures d'urgence prescrites par le médecin, y compris éventuellement l'hospitalisation de l'enfant ?

☐ Oui ☐ Non

Je décharge l'organisateur de toutes responsabilités en cas d'accident pouvant subvenir avant ou après les heures d'ouvertures et de fermetures du centre.

Je reconnais avoir reçu, accepté et m'engage à le faire respecter par mon enfant les termes du «Règlement intérieur des actions loisirs» adopté le 20 février 2012 par le Bureau communautaire sous la référence DELIB-BC-12-010 et visé du Contrôle légalité de la Préfecture de l'Aisne le 18 avril 2012.

Fait à : , le :

Signature(s) :

Documents

- ☐ Fiche sanitaire
- ☐ Règlement intérieur signé
- ☐ Photocopie ou numérisation des vaccins du carnet de santé
- ☐ Photocopie ou numérisation de l'assurance de responsabilité civile ou d'assurance extra-scolaire
- ☐ Photocopie ou numérisation de la carte vitale et de la mutuelle

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – **ENFANT**

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en accueil de loisirs)

2 - **VACCINATIONS** *joindre obligatoirement une copie du carnet de vaccination*

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	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 _____

SI OUI, JOINDRE **UN CERTIFICAT MEDICAL** PRECISANT LA CAUSE DE L'ALLERGIE, LES SIGNES EVOCATEURS ET LA CONDUITE A TENIR

_____

_____

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LE MINEUR PRESENTE-T-IL UN PROBLEME DE SANTE ☐ OUI ☐ NON

SI OUI PRESICEZ (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.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE

Numéros de téléphone :
Mère : domicile : portable : travail :

Père : domicile : portable : travail :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

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 :
Mutuelle n° d'adhérent.

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

Communauté de Communes du Pays de la Serre

1, rue des Telliers - 02270 Crécy-sur-Serre - Tél. 03.23.80.77.22 - Mail. contact@paysdelaserre.fr

Béatrice LENGRAND - Directrice ALSH - Port. 06.78.19.65.42 - Mail. loisirs@paysdelaserre.fr

OBSERVATIONS