



# BUSIGNY

## Accueil de Loisirs Sans Hébergement



### Fiche d'inscription grandes vacances

Je soussigné .....

Demeurant à : .....n°..... Rue.....

Tél : ..... N° allocataire : .....Caisse : .....

Déclare exercer mon autorité parentale ou une autorité de tutelle sur les enfants dont les noms suivent et sollicite leur inscription à l'ALSH pour la période du 8 au 26 juillet 2024 de 9h à 17h.

**Les enfants ne pourront sortir avant 17h que sur autorisation parentale.**

	Nom, prénom et date de naissance de chaque enfant	1ère semaine	2ème semaine	3ème semaine
* <input type="checkbox"/>	.....né(e) le.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* <input type="checkbox"/>	.....né(e) le.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* <input type="checkbox"/>	.....né(e) le.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* <input type="checkbox"/>	.....né(e) le.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* <input type="checkbox"/>	.....né(e) le.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Cocher  
 \* Pour autoriser l'enfant  
à repartir seul dès 17h

#### TARIFICATION A LA SEMAINE POUR UN ENFANT

	COMMUNE	HORS COMMUNE
QF de 0 à 369	10,00 €	10,00 €
QF de 370 à 499	18,00 €	18,00 €
QF de 500 à 700	24,00 €	24,00 €
QF de 701 à 900	26,00 €	35,00 €
QF de 901 à 1100	28,00 €	40,00 €
QF de 1101 et plus	30,00 €	45,00 €

QUOTIENT FAMILIAL QF	TARIF POUR UNE SEMAINE	SOMME A ENCAISSER
.....	.....	.....€ X.....SEMAINES =.....

Le prix comprend l'inscription et les repas.

Aucun remboursement ne sera effectué pour maladie, seule l'hospitalisation de l'enfant donne droit à remboursement. (à partir de la date d'hospitalisation)

Busigny, le.....

Signature :

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT 2023 - 2024

<b>Nom :</b>	<b>Prénom :</b>
--------------	-----------------

### 1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

<b>VACCINS OBLIGATOIRES – Date du dernier vaccin fait</b>			
Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite (DTP)			
<b>VACCINS RECOMMANDÉS – Date(s) des derniers vaccins faits</b>			
Rubéole-Oreillons-Rougeole (ROR)*		BCG	
Coqueluche*		Hépatite B*	
Haemophilus*		Influenza b*	
Méningocoque C*		Pneumocoque*	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.  
Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

\*Vaccins devenus obligatoires pour les enfants nés à partir du 01/01/2018.

### 2 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il un traitement médical ?  Oui  Non

Lequel ?

### L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU UNE INTOLÉRANCE OU ALLERGIES SUIVANTES :

- ALIMENTAIRES  Oui  Non
- MÉDICAMENTEUSES  Oui  Non
- AUTRES (animaux, plantes, pollen...)  Oui  Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?  Oui  Non

### Mettre en place un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé), si besoin sur les lieux d'accueil de l'enfant.

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	Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Asthme <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreillons <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	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

### 3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne :

### 4 – RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM :  PRÉNOM :

TEL DOMICILE :  TEL TRAVAIL :  TEL PORTABLE :

NOM ET TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT (facultatif) :

N° SÉCURITÉ SOCIALE (dont dépend l'enfant) :  (OBLIGATOIRE)

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

DATE :

SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL