

# Centre de Loisirs été 2022

Inscriptions du 16 mai au 15 juin 2022

**Merci de remplir le dossier intégralement en complétant les espaces manquants et cocher les cases appropriées**

**L'attestation d'aide aux loisirs remise par la CAF est obligatoire**

▪ **ENFANT** :

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

AGE : \_\_\_\_\_ ans

Photo  
Obligatoire

**Attention, toute personne reprenant un enfant à la demande des parents devra être majeur et se présenter avec une pièce d'identité à l'animateur.**

▪ **INSCRIPTION** :

Horaires : 8h30-17h30

Un accueil échelonné pourra être organisée sur demande des familles dès 7h30 sur le centre de loisirs. Le soir, un accueil sera également proposé jusque 18h30.

**CENTRE DE LOISIRS POUR LE MOIS DE JUILLET :**

- Lozinghem - école les Graminée (rue du cimetière)
- Fouquières les Béthune - école Yves Duteil (rue Basse)
- Sailly-Labourse - école Georges Brassens (rue de Noeux)
- Vendin les Béthune – école Curie-Colette (rue François Mitterrand)

- Du 11 au 15 juillet 2022  
(4 jours)
- Du 18 au 22 juillet 2022  
(5 jours)
- Du 25 au 29 juillet 2022  
(5 jours)

**CENTRE DE LOISIRS POUR LE MOIS DE AOÛT :**

- Gosnay - école Jean Jaurès (rue Jean Macé)
- Gonnehem - école Jules Verne (rue de la libération)
- Labourse – ancienne école maternelle (rue Achille Larue)

- Du 1<sup>er</sup> au 5 août 2022  
(5 jours)
- Du 8 au 12 août 2022  
(5 jours)
- Du 16 au 19 août 2022  
(4 jours)
- Du 22 au 26 août 2022  
(5 jours)

▪ **RENSEIGNEMENTS** :

Mairie de Fouquières : 03.21.68.24.71

Service Jeunesse du SIVOM de la Communauté du Béthunois : 03-21-61-55-60 ou  
[service.jeunesse@sivom-bethunois.fr](mailto:service.jeunesse@sivom-bethunois.fr)

## ▪ TARIFS :

		ÉTÉ	
		avec bon CAF	sans bon CAF
<b>Fouquières (3 à 13 ans)</b>	Fouquières	10,00	11,00
	Enfant extérieur mais scolarisé à Fouquières		20,00
	Extérieur		28,70
<b>Fouquières (14 à 17 ans)</b>	Fouquières	14,00	15,00
	Extérieur		38,56

Le repas du midi et le goûter sont inclus ainsi que le prix de toutes les activités proposées.

Les aides de la CAF seront déduites par la commune.

## ▪ DOCUMENTS A FOURNIR AU MOMENT DE L'INSCRIPTION :

- Le dossier d'inscription complété et signé avec l'attestation
- La copie de l'assurance responsabilité civile (OBLIGATOIRE)
- La copie du carnet de santé (vaccinations) (OBLIGATOIRE)
- Un justificatif de domicile
- L'attestation d'aide aux loisirs remise par la CAF ou à défaut tout document de la CAF comportant le quotient familial. En l'absence d'aide aux loisirs merci de fournir une photocopie du livret de famille pour la déduction éventuelle pour la fratrie.
- Le règlement intérieur du centre de loisirs signé

## AUTORISATIONS

### ➤ AUTORISATION SPORTIVE :

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ autorise mon enfant à pratiquer toutes les activités physiques et sportives qui seront proposées durant les Centres de loisirs.

Mon enfant :  sait nager ( distance : \_\_\_\_\_ mètres)  ne sait pas nager

### ➤ AUTORISATION PHOTOS/VIDEOS :

J'ai pris connaissance du fait que mon enfant peut apparaître sur des photos de groupe ou des films réalisés par l'organisateur. Ceux-ci pourront apparaître sur divers supports de communication (presse locale, site internet, journal interne, réseaux sociaux,...). Par ailleurs :

J'autorise l'équipe à prendre mon enfant individuellement en photo ou à le filmer et utiliser ces prises de vue et films à des fins de communication (presse locale, site internet, journal interne, réseaux sociaux, ...) sans porter atteinte à l'image de mon enfant.

Je n'autorise pas l'équipe à prendre mon enfant individuellement en photo ou à le filmer.

### ➤ AUTORISATION SANITAIRE :

Soucieux du bien-être et de la sécurité, le SIVOM de la Communauté du Béthunois propose d'utiliser un répulsif adapté pour protéger vos enfants des tiques lors des sorties en forêt, prairie, parcs... Pour pouvoir appliquer cette lotion, votre accord est indispensable :

J'autorise l'application d'un répulsif contre les tiques  
 Je n'autorise pas l'application d'un répulsif contre les tiques.

J'autorise l'assistant sanitaire à retirer le tique en cas de morsure  
 Je n'autorise pas l'assistant sanitaire à retirer le tique en cas de morsure

### ➤ AUTORISATION DE SORTIE DU CENTRE :

J'autorise mon enfant à repartir seul  
 Mon enfant peut être confié à \_\_\_\_\_ (présentation d'une pièce d'identité obligatoire).

## FICHE RENSEIGNEMENTS (obligatoire)

### **ENFANT**

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ LIEU DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ Dép : \_\_\_\_\_  
ECOLE FREQUENTEE : \_\_\_\_\_ CLASSE SUIVIE : \_\_\_\_\_  
VOTRE ENFANT BENEFICIE T-IL DE L'AIDE A LA VIE SCOLAIRE (AVS)  Oui  Non  
ADRESSE : \_\_\_\_\_  
CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

**FRATRIE** : \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_

### **PARENTS :**

NOM / PRENOM DU PARENT : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
ADRESSE : \_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_  
Email : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_  
PROFESSION : \_\_\_\_\_ TEL EMPLOYEUR : ( \_\_\_\_\_ )  
NOM DE L'EMPLOYEUR : \_\_\_\_\_

NOM / PRENOM DU PARENT : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
ADRESSE : \_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_  
Email : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_  
PROFESSION : \_\_\_\_\_ TEL EMPLOYEUR : ( \_\_\_\_\_ )  
NOM DE L'EMPLOYEUR : \_\_\_\_\_

### **SITUATION FAMILIALE :**

Célibataire  Mariés  Vie maritale  Veuf  Divorcés \*

En cas de divorce, il est impératif de fournir une copie de la lettre de jugement déterminant le responsable légal de l'enfant. En l'absence de ce document, l'organisateur du séjour décline toute responsabilité. De plus, merci de nous communiquer l'adresse où nous devons envoyer la facture.

En cas de parents séparés mais exerçant conjointement l'autorité parentale sur leur enfant, l'inscription décidée par l'un des parents présume l'accord de l'autre parents à défaut d'une opposition expressément formulée par écrit par ce dernier.

### **FAMILLE D'ACCUEIL (le cas échéant)**

NOM / Prénom : \_\_\_\_\_  
ADRESSE : \_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ E mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

### **CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES :**

CAF de (ville) : \_\_\_\_\_ N° Allocataire : \_\_\_\_\_ Quotient familial : \_\_\_\_\_

### **EN CAS D'URGENCE :**

Nous contacterons directement les parents, mais nous aimerions obtenir les coordonnées d'une tierce personne dans l'hypothèse où les parents ne pourraient être joints :

NOM / PRENOM : \_\_\_\_\_  
ADRESSE : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_  
TEL DOMICILE : \_\_\_\_\_ TEL PORTABLE : \_\_\_\_\_

### **VACCINS :**

En tant que responsable légal de mon enfant, je certifie que mon enfant est à jour de ses vaccins. (joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccinations.)

**Signature des parents  
(précédée de la mention «et approuvé»)**

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONQUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I. ENFANT NOM : ..... PRENOM : .....  
 SEXE  GARÇON   FILLE DATE DE NAISSANCE : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

II. VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Précisez s'il s'agit : Du DT polio Du DT coq Du Tétracoq D'une prise polio RAPPELS	VACCINS PRATIQUES		AUTRES VACCINS	
	DATES	ANTIVARIOLIQUE	DATES	VACCINS
1 <sup>er</sup> VACCIN	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
REVACCINATION	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ? .....

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
.....	.....	___/___/___
.....	.....	___/___/___

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>				

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

.....	___/___/___
.....	___/___/___
.....	___/___/___

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :  
 .....  
 .....

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT ?  non  oui   
 SI OUI, LEQUEL ? .....  
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?  non  occasionnellement  oui   
 S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ?  non  oui

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : ..... PRENOMS : .....  
 ADRESSE (pendant la période du séjour) : .....

N° DE S.S. \_\_\_\_\_ N° DE TEL \_\_\_\_\_ DOMICILE \_\_\_\_\_ BUREAU \_\_\_\_\_

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : .....

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : ..... Signature : .....

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR : ..... Cachet de l'Organisme (siège social)

ARRIVEE LE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 DEPART LE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)  
 PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

.....
.....
.....