



FICHE D'INSCRIPTIONS : EAL A
de la 6^{ème} jusqu'à 17 ans

TOUSSAINT 2021

S1 du 25 au 30 octobre S2 du 02 au 05 novembre
OU Semaine de 4 jours (sans mercredi) OU Semaine de 3 jours (sans mercredi)
Inscription Accueil échelonné (périscolaire) : matin de 7h45 à 8h45 soir de 17h à 18h15

HIVER 2022

S1 du 07 au 11 février S2 du 14 au 18 février
OU Semaine de 4 jours (sans mercredi) OU Semaine de 4 jours (sans mercredi)
Inscription Accueil échelonné (périscolaire) : matin de 7h45 à 8h45 soir de 17h à 18h15

PAQUES 2022

S1 du 11 au 15 avril S2 du 19 au 22 avril
OU Semaine de 4 jours (sans mercredi) OU Semaine de 3 jours (sans mercredi)
Inscription Accueil échelonné (périscolaire) : matin de 7h45 à 8h45 soir de 17h à 18h15

ÉTÉ 2022

JUILLET :

S1 du 11 au 15 juillet OU sem 3j sans le mercredi
⚠ le centre sera fermé le jeudi 14 juillet
S2 du 18 au 22 juillet OU sem 4j sans le mercredi
S3 du 25 au 29 juillet OU sem 4j sans le mercredi

AOUT :

S4 du 01 au 05 août OU sem 4j sans le mercredi
S5 du 08 au 12 août OU sem 4j sans le mercredi
S6 du 16 au 19 août OU sem 3j sans le mercredi
⚠ le centre sera fermé le lundi 15 août
S7 du 22 au 23 août

Inscription Accueil échelonné (périscolaire) : matin de 7h45 à 8h45 soir de 17h à 18h15

En plus :

SÉJOUR SKI 2022

Semaine du lundi 07 au samedi 12 février

SÉJOUR OBJECTIF VACANCES 2022

Semaine du lundi 18 au vendredi 22 avril

SÉJOUR ÉTÉ 2022

Semaine du lundi 22 au vendredi 26 août

Pour L'année :

SALLE ADOS 2021/2022

Accueil ouvert tous les mercredis de 10h à 17h du mercredi 8 Septembre 2021 au mercredi 29 juin 2022. (L'accueil sera fermé durant les vacances scolaires)

Projet « objectif vacances » : Ce projet demande un investissement des jeunes sur des événements planifiés les samedis. Les événements permettront de récolter des fonds afin de programmer un séjour. L'inscription et la participation au projet « objectifs vacances » sont des conditions indispensables pour partir en séjour.

Je m'engage à être présent aux événements et à m'investir dans la préparation de ceux-ci.

Ce projet n'est pas une obligation

ENFANT

NOM : PRÉNOM :

Collège : Classe : Age :

Né(e) le : à sexe M / F

PRISE EN CHARGE PARTICULIERE : (à préciser également sur fiche sanitaire au verso)

- PAI (allergie, asthme) :
- Reconnaissance MDPH :

RÉGIME ALIMENTAIRE SPÉCIFIQUE

- Sans porc
- Non


VOTRE ENFANT EST-IL FUMEUR ?

- OUI
- NON

L'enfant réside-t-il avec :

- Ses 2 parents son père sa mère les 2, en garde alternée?

L'enfant possède un téléphone portable, si oui : numéro

 (Préciser le nom et le prénom du compte de l'enfant)

FAMILLE

Père ou Beau-père

ADRESSE PERSO.....

TEL. TRAVAIL..... TEL. PERSO.

E-mail :

Mère ou Belle-mère.....

ADRESSE PERSO.....

TEL. TRAVAIL..... TEL. PERSO.

E-mail :

N° C.A.F ou MSA : N° S.Sociale

L'enfant est autorisé à participer aux soirées les vendredis durant les vacances à partir de 19h :

- oui non

L'enfant est autorisé à venir et quitter seul l'accueil de loisirs :

- oui non

INFORMATIONS SUR LA PRATIQUE DES ACTIVITES

TAILLE : cm POIDS : kg POINTURE :

ADULTES AUTORISÉS A VENIR RECHERCHER L'ENFANT avec une pièce d'identité

Nom.....N° tel.....LIEN de Parenté

J'AUTORISE- N'AUTORISE PAS le responsable de l'EAL à prendre et exposer les photos prises pendant les séjours

J'AUTORISE- N'AUTORISE PAS le responsable de l'EAL à faire hospitaliser mon enfant en cas d'accident

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur

Je certifie que toutes les informations médicales concernant mon enfant sont exactes

DATE : SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL : vacances de la Toussaint

DATE : SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL : vacances d'Hiver

DATE : SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL : vacances de Pâques

DATE : SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL : vacances d'été

DATE : SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL : séjour Ski

DATE : SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL : séjour « Objectif vacances »

DATE : SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL : séjour d'été

DATE : SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL : salle ados (pour l'année)



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom de l'enfant : Prénom :

Date de naissance :

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant :

1 - VACCINATIONS

Date du dernier rappel DTPolio :

Merci de joindre la photocopie des vaccins à jour

2 - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

- L'enfant doit-il suivre un traitement médical pendant le séjour ?

- Oui
- Non

Si oui, merci de joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leur boîte d'origine, avec la notice et marquée au nom de l'enfant)

Attention : aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance

- L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rougeole :	Rubéole :	Scarlatine :	Coqueluche :	Oreillons :	Varicelle :	Angine :	Otite :
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui
<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non

Merci de préciser si votre enfant porte des lunettes, prothèses auditives, prothèse dentaire, ...

L'enfant a-t-il des difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation) ? Merci de préciser les dates et précautions à prendre :

3 - ALLERGIES ET PAI

- L'enfant a-t-il une allergie ?

- Médicamenteuse : si oui, précisez laquelle :
- Alimentaire : si oui, précisez laquelle :
- Asthme : si oui, précisez :
- Autre : si oui précisez :

En cas d'intolérance alimentaire, d'allergie et/ou de pathologie chronique, merci de faire dument remplir par votre médecin le document PAI de notre service et de nous le retourner signé.

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

.....

.....

.....

4 - PRISE EN CHARGE MDPH

Merci de préciser pour quelle raison votre enfant est pris en charge par la MDPH :

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

5 - RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

Je soussigné,,
responsable légal de l'enfant,
déclare exacts les renseignements médicaux portés sur cette fiche et autorise le responsable du
séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation,
intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : *SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL : vacances de la Toussaint*

DATE : *SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL : vacances d'hiver*

DATE : *SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL : vacances de Pâques*

DATE : *SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL : vacances d'été*

DATE : *SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL : séjour ski*

DATE : *SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL : séjour « objectif vacances »*

DATE : *SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL : séjour d'été*

DATE : *SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL : salle ados (pour l'année)*