



## FICHE INSCRIPTION

ACCUEIL DE LOISIRS DE FERIN



Du 8 au 12 Juillet

Du 15 au 19 Juillet

Du 22 au 26 Juillet

**INSCRIPTIONS OUVERTES JUSQU'AU 21 JUIN**

Nom et prénom de l'enfant : .....

Né(e) le : ...../...../..... à : ..... Age : ..... ans

Adresse de l'enfant : .....

.....

CP : ..... Ville : .....

### RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

**Responsable 1:** Père      Mère

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

CP : ..... Ville : .....

Tel : .....

**Responsable 2:** Père      Mère

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

CP : ..... Ville : .....

Tel : .....

**Mon enfant peut être filmé ou pris en photo dans le cadre des activités de l'ALSH**

Oui    Non

**L'image de mon enfant peut être diffusée (bulletin municipal, site de la commune, réseaux sociaux)**

Oui    Non

**Mon enfant est autorisé à quitter le centre seul**

Oui    Non



## PERSONNES AUTORISEES À RECUPERER MON ENFANT AUX HEURES DE SORTIES

NOM			
PRÉNOM			
TEL.1			
TEL.2			
LIEN DE PARENTÉ			

## PERSONNES À PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM - PRÉNOM - LIEN DE PARENTÉ	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

Je règle par prélèvement automatique 

QUOTIENT FAMILIAL	TARIF SEMAINE	
	FERINOIS	EXTÉRIEUR
< = 369	27,00 €	33,00 €
De 370 à 500	35,00 €	40,00 €
De 501 à 700	40,00 €	46,00 €
> 700	44,00 €	55,00 €

Pour tout règlement par chèque, veuillez déposer votre règlement lors du dépôt de dossier, à l'ordre du trésor public. Merci de fournir une attestation précisant le quotient familial.

Je soussigné, Mme, Mr ..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. Fait à ..... Le ..... Signature :



FICHE INSCRIPTION  
ACCUEIL DE LOISIRS DE FERIN



DOSSIER INSCRIPTION CAMPING 10-13 ans

Du 9 au 12 juillet

Nom et prénom de l'enfant : .....

Né(e) le : ...../...../..... à : ..... Age : ..... ans

PERSONNES À PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM			
PRÉNOM			
TEL.1			
TEL.2			
LIEN DE PARENTÉ			

**En cas de traitement médical durant cette semaine, merci de fournir une copie de l'ordonnance médicale ainsi que le traitement.**

Tarif semaine de camping

Forfait centre + 10€ / nuit : 30€ / semaine

Je règle par prélèvement automatique

Pour tout règlement par chèque, veuillez déposer votre règlement lors du dépôt de dossier, à l'ordre du trésor public.



FICHE INSCRIPTION  
ACCUEIL DE LOISIRS DE FERIN



**INSCRIPTION REPAS DE CLOTURE**

Dans le cadre de la soirée de clôture de l' ALSH de juillet, nous vous proposons une soirée repas froid comprenant :

**BUFFET FROID**

**Les viandes**

Pilon de volaille provençale(2p/pers) Tendre Filet de Bœuf en Chaud froid (2tr/pers)

**La potence du charcutier**

1 t Jambon Cru Italien, 2 t Rosette au Poivre, 1t roulade panaché. 2 t Saucisson de pays à L'Ancienne, 1t Chorizo Doux

**Les crudités 250 grs / pers**

\*Tomates basilic \*Carottes râpées \*Quinoa aux légumes  
\*Tartare de concombre à la grecque\* Céleri rémoulade\*Betterave \*Taboulé à la marocaine aux pois chiches \* salade de légumineuse \*Salade de pomme de terre \*Pasta aux légumes\*Lentilles salées

**Le Dessert**

Bar a donuts (1/pers)

**Votre enfant est inscrit au centre la semaine du 22 au 26 juillet et vous souhaitez participer au repas de clôture ,son repas sera pris en charge par l'ALSH.**

**Je souhaite participer au repas de clôture :**

**Je ne souhaite pas participer au repas de clôture**

Nom et prénom de l'enfant :

Nombre d'adultes présents : ..... X 15 €

**Le règlement du repas s'effectuera par chèque. veuillez déposer votre règlement lors du dépôt de dossier, à l'ordre du trésor public.**



FICHE INSCRIPTION  
ACCUEIL DE LOISIRS DE FERIN



Du 29/07 au 02/08

Du 05/08 au 09/08

Dossier à rendre au plus tard le 21JUN

Nom et prénom de l'enfant : .....

Né(e) le : ...../...../..... à : ..... Age : ..... ans

Adresse de l'enfant : .....

.....

CP : ..... Ville : .....

RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

**Responsable 1:** Père      Mère

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

CP : ..... Ville : .....

Tel : .....

**Responsable 2:** Père      Mère

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

CP : ..... Ville : .....

Tel : .....

Mon enfant peut être filmé ou pris en photo dans le cadre des activités de l'ALSH

Oui    Non

L'image de mon enfant peut être diffusée (bulletin municipal, site de la commune, réseaux sociaux)

Oui    Non

Mon enfant est autorisé à quitter le centre seul

Oui    Non

**PERSONNES AUTORISEES À RECUPERER MON ENFANT AUX HEURES DE SORTIES**

NOM - PRÉNOM - LIEN DE PARENTÉ	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

**PERSONNES À PREVENIR EN CAS D'URGENCE**

NOM			
PRÉNOM			
TEL.1			
TEL.2			
LIEN DE PARENTÉ			

Je règle par prélèvement automatique 

QUOTIENT FAMILIAL	TARIF SEMAINE	
	FERINOIS	EXTÉRIEUR
< = 369	27,00 €	33,00 €
De 370 à 500	35,00 €	40,00 €
De 501 à 700	40,00 €	46,00 €
> 700	44,00 €	55,00 €

[Pour tout règlement par chèque, veuillez déposer votre règlement lors du dépôt de dossier, à l'ordre du trésor public et une attestation de quotient familial.](#)

Je soussigné, Mme, Mr ..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. Fait à ..... Le ..... Signature :



**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**  
DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M  F

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

**1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)**

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Polioomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

**2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR**

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES  oui  non  
MÉDICAMENTEUSES  oui  non  
AUTRES (animaux, plantes, pollen) :  oui  non  
Précisez : .....

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser  oui  non

**3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

**4-RESPONSABLES DU MINEUR**

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : .....

TEL TRAVAIL : .....

TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : .....

TEL TRAVAIL : .....

TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :