



## Fiche d'inscription 2019 / 2020

### RENSEIGNEMENTS - L'ENFANT :

NOM : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : .....

### RENSEIGNEMENTS – RESPONSABLES LEGAUX INSCRIVANT L'ENFANT :

(Les factures seront adressées à ces personnes)  Mère et Père -  Mère -  Père -  Tuteur

NOM(s) : ..... Prénom(s) : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Email : ..... Tél : .....

### RENSEIGNEMENTS - AUTRE RESPONSABLE LEGAL : (en cas de séparation des parents)

Mère -  Père

NOM : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Email : ..... Tél : .....

### ADHÉRENT A NOS PARTENAIRES : (fournir une copie de votre justificatif – obligatoire pour avoir un tarif réduit)

- Non, je ne suis pas adhérent à l'un de vos partenaires.  
 CARTE ODYSSEE (1)  
 MUTUELLE DU VAR  
 AFUZI : le nom de votre entreprise .....

### AUTORISATIONS PARENTALES :

Je soussigné(e) ..... (mère, père, tuteur) autorise :

- le directeur à faire soigner mon enfant et à pratiquer les soins d'urgence suivant les prescriptions du médecin du centre, et je m'engage à payer les frais médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation et d'intervention chirurgicale éventuels ;  
 l'équipe pédagogique à prendre des photos lors des activités, dans le cadre du suivi de la formation des animateurs stagiaires, et dans le cadre de la production de documents de nature pédagogique et publicitaire (journal interne, rapport de stage en entreprise, site Internet IMSAT) ;  
 les personnes suivantes à venir chercher mon enfant en mon nom :

NOM-Prénom : ..... en qualité de ..... Tél : .....  
NOM-Prénom : ..... en qualité de ..... Tél : .....  
NOM-Prénom : ..... en qualité de ..... Tél : .....  
NOM-Prénom : ..... en qualité de ..... Tél : .....

Fait à ..... , le ..... (Signature obligatoire)

(1) La « CARTE ODYSSEE », c'est un catalogue d'offres régulièrement mises à jour dans les domaines des loisirs, culture, sport, découverte,... ; l'avantage de disposer d'offres comme un Comité d'Entreprise départemental pour TOUS les salariés et TOUTES les entreprises ; un ensemble de tarifs et de réductions privilégiés ; un éventail de services mis à la disposition d'adhérents, ... Pour bénéficier de ces avantages, l'entreprise du salarié doit être adhérente à une des Unions Patronales partenaires et avoir choisi l'option Carte Odyssee. Rendez-vous vite sur le site [carteodyssee.com](http://carteodyssee.com), lieu de passage incontournable pour les acteurs des entreprises : salariés et chefs d'entreprises



## Saison 2019 / 2020

**Ce dossier d'inscription est valable pour la période de Septembre 2019 à Août 2020**

Un dossier d'inscription doit être composé de :

**Tout dossier incomplet ne sera pas recevable.**

- La fiche d'inscription 2019/2020 remplie et signée,
- La fiche sanitaire de liaison remplie et signée
- La copie du carnet de vaccinations,
- Le certificat médical rempli par votre médecin, (utilisez l'exemplaire fourni)
- Le règlement intérieur signé,
- La copie de votre justificatif pour votre tarif préférentiel, le cas échéant.

*(Pour le tarif AFUZI, veuillez fournir une attestation employeur, pour plus de renseignements, nous contacter)*

Modes de règlement acceptés : chèque à l'ordre des "HLJ" (Heures Libres de la Jeunesse) ou chèques vacances

**HORAIRES DE L'ACCUEIL ADMINISTRATIF** : du lundi au vendredi, de 8h45 à 12h30 et de 13h30 à 17h

**LES MERCREDIS** : Périodes : du mercredi 11 septembre 2019 au mercredi 01 juillet 2020

Les places pour les mercredis sont en quantité suffisante, il n'y a donc pas besoin de faire de réservations. Les présences sont possibles à la demi-journée ou à la journée ; pour connaître les horaires, consulter l'article 4 du règlement intérieur. Le paiement est à effectuer en début de mois, à réception de votre facture. La facture qui vous sera adressée est établie d'après les états de présence.

**LES VACANCES** : **Attention les places sont limitées.**

Le dépôt du dossier n'entraîne pas l'attribution automatique des places, pensez à nous contacter, pendant la période de réservation, pour réserver les places de vos enfants.

*Pour les vacances, les réservations sont obligatoires. Aucun enfant ne pourra être accepté sans réservation.  
Le paiement est à effectuer au moment de la réservation.*

**VACANCES DE LA TOUSSAINT 2019** :

**Début des réservations : Lundi 16 Septembre 2019**

*Possibilité de réservation à la journée ou à la demi-journée – dans la limite des places disponibles*

Semaine 1 : du Lundi 21 au Vendredi 25 Octobre 2019 (clôture des inscriptions : Jeudi 17 Octobre 2019)

Semaine 2 : du Lundi 28 Octobre au Jeudi 31 Octobre 2019 (clôture des inscriptions : Jeudi 24 Octobre 2019)

**VACANCES D'HIVER 2020** :

**Début des réservations : Lundi 13 Janvier 2020**

*Possibilité de réservation à la journée ou à la demi-journée – dans la limite des places disponibles*

Semaine 1 : du Lundi 17 au Vendredi 21 Février 2020 (clôture des inscriptions : Jeudi 13 Février 2020)

Semaine 2 : du Lundi 24 au Vendredi 28 Février 2020 (clôture des inscriptions : Jeudi 20 Février 2020)

**VACANCES DE PRINTEMPS 2020** :

**Début des réservations : Lundi 9 Mars 2020**

*Possibilité de réservation à la journée ou à la demi-journée – dans la limite des places disponibles*

Semaine 1 : du Mardi 14 au Vendredi 17 Avril 2020 (clôture des inscriptions : Jeudi 09 Avril 2020)

Semaine 2 : du Lundi 20 au Vendredi 24 Avril 2020 (clôture des inscriptions : Jeudi 16 Avril 2020)

**VACANCES D'ÉTÉ 2020** :

**Début des réservations : Lundi 18 Mai 2020**

*Les réservations se font obligatoirement à la semaine – dans la limite des places disponibles.*

Semaine 1 : du Lundi 06 au Vendredi 10 Juillet 2020 (clôture des inscriptions : Jeudi 02 Juillet 2020)

Semaine 2 : du Lundi 13 au Vendredi 17 Juillet 2020 (clôture des inscriptions : Jeudi 09 Juillet 2020)

Semaine 3 : du Lundi 20 au Vendredi 24 Juillet 2020 (clôture des inscriptions : Jeudi 16 Juillet 2020)

Semaine 4 : du Lundi 27 au Vendredi 31 Juillet 2020 (clôture des inscriptions : Jeudi 23 Juillet 2020)

Semaine 5 : du Lundi 03 au Vendredi 07 Août 2020 (clôture des inscriptions : Jeudi 30 Juillet 2020)

Semaine 6 : du Lundi 10 au Vendredi 14 Août 2020 (clôture des inscriptions : Jeudi 06 Août 2020)

Semaine 7 : du Lundi 17 au Vendredi 21 Août 2020 (clôture des inscriptions : Jeudi 13 Août 2020)

Semaine 8 : du Lundi 24 au Vendredi 28 Août 2020 (clôture des inscriptions : Jeudi 20 Août 2020)

La direction se réserve le droit de modifier les horaires et dates d'accueil du centre aéré.

## Certificat médical :

Je soussigné(e) Docteur .....

Certifie que l'enfant .....

- Est en bonne santé, ne présente pas de maladie contagieuse cliniquement décelable, et peut être admis en collectivité ;
- Est à jour de ses vaccinations ;
- Ne présente pas de contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives.

*Nombre de cases cochées :*

Fait le :

**Signature et cachet du médecin :**

Notes :

1. Le certificat médical a une validité d'une saison sportive, soit du 11 septembre 2019 au 28 août 2020.
2. La fiche sanitaire de liaison sera à réactualiser si nécessaire pour chaque séjour.

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**A REMPLIR AVEC SOIN ET A JOINDRE OBLIGATOIREMENT A LA FICHE D'INSCRIPTION**  
 Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

**CENTRE ou SÉJOUR :**  **DATES :**

**I - ENFANT :** NOM :  Prénom :   
 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.)

ANTIPOLIOMYÉLITIQUE - ANTIDIPHTÉRIQUE - ANTITÉTANIQUE - ANTICOQUELUCHEUSE		VACCINS PRATIQUÉS	DATES
Précisez s'il s'agit :  du DT polio du DT coq du Trétra-coq d'une prise polio		Ne pas remplir.  Fournir la copie du carnet de vaccination à jour.	RAPPELS  ...../...../..... ...../...../..... ...../...../.....
ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE	AUTRES VACCINS
DATES	VACCIN	DATES	VACCINS PRATIQUÉS
1 <sup>er</sup> VACCIN ...../...../.....	1 <sup>er</sup> RAPPEL ...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....

INJECTIONS DE SÉRUM	NATURE	DATES
SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ POURQUOI ?	...../...../.....	...../...../.....
.....	.....	.....

**III - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**  
 L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ, EN PRÉCISANT LES DATES :  
 (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations)

...../...../.....  
 ...../...../.....  
 ...../...../.....

## 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 SÉJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MÉDICAMENTS

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?  NON  OCCASIONNELLEMENT  OUI

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?  NON  OUI

## V - RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : ..... Prénoms : .....  
 ADRESSE (pendant la période du séjour) : .....  
 .....  
 .....  
 N° de S.S. : ..... N° de Tél. : ..... 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 : .....

## OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SÉJOUR

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

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

## PARTIE RÉSERVÉE À L'ORGANISATEUR

ARRIVÉE LE ...../...../.....  
 DÉPART LE ...../...../.....