



SEIGNOSSE

FICHE DE RÉSERVATIONS ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS

* * *

ÎLE AUX COULEURS - VACANCES SCOLAIRES FICHE ÉTÉ 2018

**OUVERTURE DU 9 JUILLET AU 24 AOÛT 2018 DU LUNDI AU VENDREDI
DE 8H À 18H30**

(Fermé le week-end, et les jours fériés)

INSCRIPTIONS : dépôt de la fiche ci-jointe en Mairie

Clôture des inscriptions le 31 MAI 2018

au-delà, les places seront attribuées en fonction des disponibilités.

Téléchargement du dossier complet sur le site de la Mairie : onglet : jeunesse / centre de loisirs

MODALITES D'INSCRIPTION : mise à jour du dossier obligatoire chaque année.

Différents documents sont obligatoirement à compléter :

- Fiche d'inscription,
- fiche sanitaire,

PIECES A FOURNIR: copies des pages du livret de famille, assurance extrascolaire ou Responsabilité Civile, **photocopies des vaccinations**, justificatif du quotient familial CAF ou MSA et CIV, justificatif de domicile (EDF, eau, téléphone fixe), justificatif(s) de l'employeur ou enregistrement au registre du commerce, autorisation parentale pour les personnes autorisées à prendre en charge l'enfant à l'accueil.

Les enfants doivent être munis d'une casquette/chapeau, crème solaire, maillot de bain, vêtement de pluie si nécessaire, un change pour les plus petits.

Tous les vêtements susceptibles d'être retirés doivent être marqués au nom de l'enfant ainsi que leur sac.

ASSURANCE : Tout organisateur doit informer les parents de leur intérêt à souscrire une assurance individuelle accident.



ÎLE AUX COULEURS 05.58.43.34.47 (vacances scolaires printemps, été, automne)

Service Enfance 05 58 49 89 82 ou 06 78 00 38 62 – eej@seignosse.fr



SEIGNOSSE

ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS

ÎLE AUX COULEURS - VACANCES SCOLAIRES ÉTÉ 2018

Nom/Prénom :

Date de naissance :

Tél. parents :

e-mail :

Été 2018

	Matin : M	Avec Repas : R	Après-midi : A M
lundi 9 juillet			
mardi 10 juillet			
Mercredi 11 juillet			
Jeudi 12 juillet			
vendredi 13 juillet			
lundi 16 juillet			
mardi 17 juillet			
mercredi 18 juillet			
Jeudi 19 juillet			
vendredi 20 juillet			
lundi 23 juillet			
mardi 24 juillet			
mercredi 25 juillet			
Jeudi 26 juillet			
vendredi 27 juillet			
lundi 30 juillet			
mardi 31 juillet			
mercredi 1 août			
jeudi 2 août			
vendredi 3 août			
lundi 6 août			
mardi 7 août			
mercredi 8 août			
jeudi 9 août			
vendredi 10 août			
lundi 13 août			
mardi 14 août			
mercredi 15 août	Fermé		
jeudi 16 août			
vendredi 17 août			
lundi 20 août			
mardi 21 août			
mercredi 22 août			
jeudi 23 août			
vendredi 24 août			

Préciser la fréquentation de votre enfant à la journée ou à la ½ journée (matin ou après-midi), avec ou sans repas.

Vous autorisez la ville de Seignosse à vous contacter par SMS ou MAIL : OUI NON
Attention, toute modification ou annulation n'est possible que jusqu'au 31 mai 2018.

Date et Signature :



Autorisation parentale / Droit à l'image

Nous, soussignés M. Mme:

Adresse :

N° téléphone :

Adresse e-mail :

Agissant en qualité de représentants légaux de l'enfant :

Autorise (sons)

Les représentants de l'accueil collectif de mineurs municipal de Seignosse à filmer ou prendre mon enfant en photo, à utiliser ces prises de vues pour des publications, supports pédagogiques ou de communication relatifs à la promotion des activités de l'accueil de loisirs (Facebook, magazine, gazette, blog, site internet de la mairie...) à l'exclusion de toute exploitation commerciale.

J'atteste ne prétendre à aucune indemnité, en argent en nature, actuellement ou dans le futur.

N'autorise (sons) pas

Date

Signatures des représentants légaux précédées de la mention « lu et approuvé » :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Table with 6 columns: Vaccins Obligatoires, oui, non, Date des derniers rappels, Vaccins recommandés, Dates. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, etc.

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION. ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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 pris sans ordonnance

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Form with checkboxes for Rubéole, Varicelle, Angine, Rhumatisme articulaire aigu, Scarlatine, Coqueluche, Otite, Rougeole, Oreillons.

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

Blank lines for providing allergy details and management instructions.

INDIQUEZ CI-APRÈS : LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

Blank lines for recording health difficulties and precautions.

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

Blank lines for parental recommendations.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE (pendant le séjour) : _____

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : _____

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : DE LA CMU D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

Je soussigné, _____ responsable légal 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 : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

Blank lines for the director's signature and stamp.