

FICHE D'INSCRIPTION

Mairie de Lédignan
30 350 Lédignan

☎ 06 69 32 57 48 (Cendrine)
☎ 06 24 73 14 33 (Magali)
☎ 09 75 26 31 29 (Benedicte)

"Alasc" alasc30@gmail.com

**Exemplaire à retourner signé
avant le 20 avril 2011**



Participant

Nom: _____

Prénom: _____

Né(e) le: ___ / ___ / ___ Age: ___ ans _____ Garçon Fille

Renseignements complémentaires:

Séjour ALSH: Mirabelle la Marionnette

Dates: du 26 au 30 AVRIL 2011

mardi mercredi jeudi vendredi Samedi

Responsable* Nom: _____

Prénom: _____

Adresse: _____

Code postal: _____ Ville: _____

Domicile: |__|__|__|__|__| Travail: |__|__|__|__|__| Mobile: 06 |__|__|__|__|

@adresse électronique: _____

N° de SS: |__|__|__|__|__|__|__| Adresse du centre payeur: _____

N° CAF(obligatoire) |__|__|__|__|__|__| Adhérez vous à une mutuelle? oui non

Si oui adresse de la mutuelle: _____

Personne à prévenir en cas d'absence du responsable: _____: |__|__|__|__|__|

Tarifs: Pour bénéficier du tarif inférieur, la présentation d'un justificatif est obligatoire (avis d'imposition ou de non imposition et/ou justificatif CAF ou MSA)

Quotient familial*	Tarif journée
Inf 840	10,00 € + 11€ adhésion ALASC
Sup 840	11,50 € + 11€ adhésion ALASC

* Calcul du quotient familial: ressources annuelles imposables du foyer avant abattement, divisé par 12, divisé par la nombre de part.

Règlement : Tout manquement grave à la discipline sera signalé aux parents et C.A et l'exclusion pourra être décidée. Les frais de l'accompagnement seront à la charge de la famille. L'Alasc n'est pas responsable des pertes ou vols d'objets dans ses centres de vacances.

Autorisation parentale: Je soussigné(e) _____, représentant légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. Autorise mon enfant à participer à l'accueil de loisirs organisé par l'Alasc et à ses activités. Autorise également le responsable du centre à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'atteste avoir pris connaissance de toutes les clauses des conditions générales mentionnées dans la brochure et certifie les accepter.

Date le ___ / ___ / _____ Signature: _____
(précédé de la mention «lu et approuvé»)

Inscription: pour les inscriptions individuelles, envoyer ce dossier accompagné d'un chèque d'arrhes de 50% ainsi que l'adhésion à l'association de 11€ à l'ordre de : ALASC. avant le 20 avril 2011, le reste du est versé le premier jour de l'accueil.

DOSSIER SANITAIRE

Nom : _____ Prénom : _____

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

ANTIPOLIOMYELITIQUE - ANTIDIPHTERIQUE - ANTITETANIQUE - ANTICOQUELUCHEUSE

Précisez s'il s'agit : du DT polio du DT cop du Tétracoq d'une prise polio	VACCINS PRATIQUES				DATES	
					/	/
					/	/
					/	/
					/	/
RAPPELS						
ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLOGIQUE		AUTRES VACCINS		
DATES		DATES		VACCINS PRATIQUES	DATES	
1 ^{er} VACCIN		1 ^{er} VACCIN			/ /	
REVACCINATION		REVACCINATION			/ /	

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE

POURQUOI ? _____

INJECTION DE SERUM	NATURE		DATES	
			/	/
			/	/
			/	/

2 RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A T'IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

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

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :

(maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations)

	/	/
	/	/
	/	/

3 RECOMMANDATIONS DES PARENTS (Allergies, régime alimentaire...) :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? oui non

SI OUI LEQUEL ?

Dans ce cas ne pas oublier 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 REGLEE ?

NON

OUI

CERTIFICAT MEDICAL*

Cabinet du Docteur :
(Cachet obligatoire)

Je soussigné, Docteur _____

certifie avoir examiné l'enfant :

(nom, prénom) _____

Le :

Cet enfant ne présente aucune contre indication aux activités sportives prévues durant le séjour :

A _____

Le _____

Signature du Docteur

* pour les séjours plongée le certificat doit obligatoirement être rempli par un médecin du sport.

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

Date d'arrivée : ____ / ____ / ____

Date de départ : ____ / ____ / ____

Observations faites en cours de séjour

Par le médecin (qui indiquera ses noms, adresse et n° de téléphone)

Par le responsable du séjour (qui indiquera ses nom et adresse)
