

Date limite retour des dossiers
24 septembre 2022 dernier délais



2022/2023
Adhésion ALAE 90 €
Voir nouvelles modalités

370 avenue du 8 mai 1945 – 82800 NEGREPELISSE – www.quercyvertaveyron.fr



ACCUEIL DE LOISIRS INTERCOMMUNAL – ATELIER – ECOLE DES SPORTS
2022 - 2023



SITE D'ACCUEIL : _____

NOM / PRENOM : _____

MATERNELLE

PRIMAIRE

COLLEGE

LYCEEN

ECOLE FREQUENTEE : _____ Commune : _____

- VACCINATIONS (joindre obligatoirement la copie du carnet de santé lors de la 1^{ère} inscription et après chaque rappel –il appartient à chaque parent de faire faire les rappels obligatoires).
- Présence d'un P.A.I (fournir la copie)
- ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE Extra-Scolaire, ou Vie Privée, ou MAE 24/24 + MAE génération
- JUSTIFICATIF AIDE VACANCES – CAF ou MSA

COTISATION ALAE annuelle :

Toute fréquentation à l'ALAE du matin et/ou du soir entraînera la facturation du forfait Péri-scolaire de 90€ par an et par enfant.

Modalités de règlement :

* 90 € à réception de facture

ou

* 60 € à réception de facture et le solde par prélèvement courant décembre. (si vous n'avez pas fourni de Rib + l'autorisation de prélèvement, veuillez la télécharger sur le site internet et l'adresser avec le RIB par mail à enfance-jeunesse@quercyvertaveyron.fr. (NE PAS OUBLIER DE PRECISER NOMS ET PRENOMS DE/DES ENFANTS)

Le dossier doit être retourner DIRECTEMENT auprès du centre concerné sans règlement.

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) _____

Responsable Légal de _____

- ✓ Ai pris connaissance du **règlement intérieur** et m'engage à le respecter (consultable et téléchargeable sur le site www.quercyvertaveyron.fr)
- ✓ Autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées et certifie qu'il est apte à participer aux activités physiques et sportives organisées par le Centre de Loisirs, l'Atelier ou l'Ecole des Sports.
- ✓ M'engage à rembourser les frais occasionnés. (ex : hospitalisation, consultation médicale, dégradation etc.)
- ✓ Autorise mon enfant à être pris en photo ou à être filmé dans le cadre des activités du centre et autorise la diffusion en inter-centres, dans les journaux locaux, les bulletins d'informations intercommunales et sur des supports multimédias. Les bénéficiaires de l'autorisation s'interdisent expressément d'utiliser l'image à des fins préjudiciables.
- ✓ Donne l'autorisation de recevoir des sms de la collectivité.
- ✓ Autorise la collectivité pour la collecte et la conservation de données personnelles et médicales pour la durée d'inscription de mon enfant (nom, prénom, adresse, mail, régime allocataire, nombre d'enfants, situation familiale, revenus etc.)

Le responsable légal qui souhaite s'opposer à une autorisation doit le formuler par écrit et l'adresser à la Maison de l'Intercommunalité 370 avenue du 8 mai 1945 - 82800 Nègrepelisse.

Fait à _____, le _____ Signature du responsable légal :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____
PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU 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 ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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 ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

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)

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

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....
.....

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

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

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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

OBSERVATIONS

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

