



INSCRIPTION AUX ACTIVITES

Année 2022-2023

NOM de l'enfant : Prénom : Classe :

Adresse mail des parents :@.....

PATRONAGE DU MERCREDI

- Antenne de Marines
- Antenne de Magny-en-Vexin

ATELIER CHANT DE CECILE à Marines un mercredi sur deux de 17h à 18h

VACANCES DE LA TOUSSAINT (séjour au gîte de Nucourt du 31/10 au 4/11) :

- En ½ pension les 5 jours
- En ½ pension certains jours (à préciser ultérieurement par mail)
- En internat

VACANCES DE NOEL (accueil à l'école Marie Thérèse du 19/12 au 23/12)

- Tous les jours
- Certains jours (à préciser ultérieurement par mail)

VACANCES DE FEVRIER (accueil « KT-jeux » spécial entrée en Carême à l'école Marie Thérèse du 20 au 22/02)

- Les 3 journées
- Certains jours (à préciser ultérieurement par mail)

COLONIE SAINT LOUIS à Crest-Voland 1^{ère} quinzaine du mois d'août (un formulaire spécifique devra être rempli)

BENEVOLAT ADULTES :

- Pour des petits travaux à Crest-Voland
- Pour des événements ponctuels (foire à tout, gala...)
- Pour aider ponctuellement à l'animation auprès des enfants
(Indiquer ci-dessous les passions et talents que vous seriez prêts à partager)



AUTORISATION PARENTALE / ADHESION FAMILIALE ANNUELLE
(A REMPLIR ET SIGNER POUR TOUS)
Année 2022-2023

MERCI DE BIEN LIRE ET ENTOURER SI BESOIN

Je, soussigné(e) :,

Responsable légal de l'enfant

- **Autorise** mon fils / ma fille à participer aux activités de patronage organisées par l'Association Saint Louis.
- **Autorise** la responsable Mme Marie HOPPE, en cas de maladie ou d'accident, et si aucun des parents n'est joignable, à prendre le cas échéant toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.
- Autorise** la diffusion de photos, de vidéos ou de tout autre support sur lequel figure mon enfant (dans le cadre de la communication de l'association : site internet et pages FB et Instagram de l'Association).
- Autorise** mon enfant à quitter le patronage seul à la fin des activités (**cocher si oui**)
- Autorise** Mme Marie Hoppe ou un bénévole de l'Association Saint Louis à transporter mon enfant en voiture dans le cadre des sorties ou du covoiturage (si cette case n'est pas cochée, nous ne pouvons prendre en charge votre enfant pour les transports éventuels)
- **Adhère** à l'Association Saint Louis et joins la somme de 25€ par famille pour l'année 2022-2023.

Fait à : _____

Le : _____

Signature :

Nous vous recommandons de souscrire une assurance personnelle couvrant les dommages corporels qui résulteraient du fait de votre enfant (du type assurance individuelle accidents ou extra-scolaire). Nous vous rappelons que, même pendant des activités organisées par notre association, les parents restent légalement responsables des dommages causés par leur enfant mineur. Vérifiez que votre assurance "chef de famille" ou "multirisques habitation" couvre bien votre responsabilité.

L'Association Saint Louis a souscrit un contrat de « responsabilité civile organisateur ». Cette garantie couvre les mises en cause de l'Association ou de ses membres du fait des activités qu'elle organise (accidents corporels ou dégâts matériels).



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé- elle sera détruite en fin de séjour.

DATES ET LIEUX DU SÉJOUR : Patronage Marines / Magny / Nucourt année 2022-2023

1 - ENFANT

NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : GARÇON FILLE

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant ; les photocopies de ces documents ne sont pas nécessaires)

- Diphtérie Tétanos Polio coqueluche date dernier rappel : ... / ... /

- Hépatite B date dernier rappel : ... / ... /

- Rougeole- Rubéole Oreillons date dernier rappel : ... / ... /

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires (Diphtérie-Tétanos-Polio) joindre un certificat médical de contre-indication.

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- Votre 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**). **Pour des raisons de sécurité aucun médicament ne peut être conservé par votre enfant sans l'accord de l'assistant sanitaire du séjour.** Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

- votre enfant a-t-il déjà eu les **maladies** suivantes (entourez les maladies concernées) ?

ASTHME, RHINITE ALLERGIQUE, VARICELLE, COQUELUCHE, ROUGEOLE, OREILLONS

- **ALLERGIES** : MÉDICAMENTEUSES oui non ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

Précisez la cause de l'Allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

-Votre enfant a-t-il des **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, fragilité articulaire, rééducation, énurésie, règles douloureuses ...). Si oui, précisez la nature et les **précautions à prendre** :

4 - autres recommandations utiles de votre part concernant votre enfant (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 si différente de l'adresse habituelle)

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..

J'autorise l'assistant sanitaire du séjour à donner du paracétamol en cas de douleur et à utiliser des pommades contre les petits traumatismes de la vie courante (contusion, hématome, ...).

Date :

Signature :



ASSOCIATION SAINT LOUIS – ACTIVITES DE PATRONAGE
Mercredis et petites vacances à Marines et Magny-en-Vexin / Séjour à Nucourt

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

(A REMPLIR POUR LES NOUVEAUX)

ENFANT :

NOM : _____ Prénom : _____
Date de naissance : ____ / ____ / ____ Sexe : fille / garçon Classe : _____

PARENTS / RESPONSABLES

Nom : _____ Prénom(s) : _____
Adresse : N° _____ Rue, allée etc. : _____
Code Postal : _____ Ville : _____
Téléphone (domicile) : _____ Portable(s) : _____
Email : _____

SITUATION FAMILIALE

mariés / vie maritale séparés / divorcés autre :

L'enfant vit avec :

ses deux parents sa mère son père en garde alternée autre :

PERSONNES À JOINDRE EN CAS D'URGENCE :

Nom – Prénom : _____ Lien avec l'enfant : _____
Téléphones : _____ / _____
Nom – Prénom : _____ Lien avec l'enfant : _____
Téléphones : _____ / _____
Nom – Prénom : _____ Lien avec l'enfant : _____
Téléphones : _____ / _____

REGLEMENT : Voir grille des tarifs selon quotient familial

PIECES A FOURNIR :

- Fiche sanitaire de liaison
- Fiche d'inscription aux activités
- Autorisation parentale
- Attestation de quotient familial, téléchargeable sur le site de la CAF, pour bénéficier des tarifs diminués