



# Inscriptions aux ACM

La ville de Saint-André organise

Du **13 MARS 2017** au **17 MARS 2017**



**des petites vacances scolaire pour les enfants de 3 à -12 ans .**

Sur les sites suivants :

SITES	Capacité d'accueil max		INSCRIPTION			
	Maternelle 3 à - 6 ans	Primaire 6 à - 12 ans	Date : à partir de	LIEU	Téléphone	HEURE
Ecole maternelle SOBA	60		Jeudi 19 janvier 2017	Service des Sports	0262 58 88 60 Ornella	Du lundi au jeudi de 08h30 - 12h00 et 13h00 - 14h00 et <u>vendredi</u> de 8h30 à 12h00
Ecole Jean Jacques EVE		96	Jeudi 19 janvier 2017			
Ecole les Cytises	60		Jeudi 19 janvier 2017	Salle des Fêtes de Cambuston	0262 58 38 35 Wesley - Daniella	9h00 - 12h00 et 13h00 - 15h00
Ecole Henri Morange		76	Jeudi 19 janvier 2017			
Ecole ZAC Fayard	60	96	Jeudi 19 janvier 2017	Pôle de Service ZAC Fayard	0262 58 51 58	9h00 - 12h00 et 13h00 - 15h00
			Jeudi 19 janvier 2017			
Les inscriptions peuvent se faire aussi sur les pôles suivants à partir du : Jeudi 19 janvier 2017				Pôle de Service de Champ Borne	0262 46 00 25 (Louise)	9h00 - 12h00 et 13h00 - 15h00
				Bras des Chevrettes	0262 58 80 53(Yolaine)	9h00 - 12h00 et 13h00 - 15h00
				Ravine Creuse	0262 58 80 51(Ibrahim)	9h00 - 12h00 et 13h00 - 15h00
				Rivière du Mât les Bas	0262 58 80 50 (Lolita)	9h00 - 12h00 et 13h00 - 15h00
				Cressonnière	0262 58 80 52(Nadine)	9h00 - 12h00 et 13h00 - 15h00

Pour de plus amples renseignements :

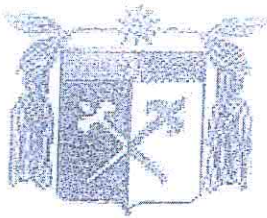
Par téléphone : 0262 58 88 60

Par mail : [enfancejeunesse@saint-andre.re](mailto:enfancejeunesse@saint-andre.re)

[sports@saint-andre.re](mailto:sports@saint-andre.re)

Par fax : 0262 93 99 23





# MAIRIE DE SAINT-ANDRE

## FICHE D'INSCRIPTION 2017

Du 13 Mars 2017 au 17 Mars 2017

École .....

Visa :

- Vacances :  Janvier  Mars  juillet  Octobre
- Mercredis :  Jeunesse  Sportif  Artistique
- Vacances 13 – 17 ans :  OVW  Camp d'ado

### Responsable légal

### Enfant

Nom : ..... Nom : .....

Prénom : ..... Prénom : .....

N° Sécurité Sociale : ..... Date de naissance: ...../...../.....

N° allocataire: ..... Lieu de naissance: .....

Profession: .....  Garçon  Fille

Régime général  Régime particulier (Fonction publique d'état, d'hospitalier ou de collectivité)

Mon enfant sait nager

Mon enfant ne sait pas nager

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Mail : .....@.....

☎ Domicile : ..... Portable : ..... Bureau .....

Restrictions alimentaires : .....

Participation familiale (selon QF CAF) : 20€ 30€ 45€ 70€

## AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS

Je soussigné (e) ..... responsable légal, autorise mon enfant ..... à participer aux activités proposées de le cadre de l'action « Accueil Collectifs de Mineurs » et :

- Autorise  N'autorise pas : le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (soins médicaux, hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- Autorise  N'autorise pas : mon enfant à quitter seul le lieu d'activité.
- Autorise  N'autorise pas : le responsable à utiliser des photos de mon enfant (affiches, expositions et les publier sur le site internet de la ville...).

Noms des personnes autorisées à récupérer l'enfant .....

Fait à Saint-André, le .....

Signature





**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

T - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

LES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;  
 IL ÉVITE DE VOUS DÉMURIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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
Polio				Hépatite B	
DTP				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
DTPa				Coqueluche	
DTPa				Autres (préciser)	

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

RENSEIGNEMENTS MÉDICAEUX CONCERNANT L'ENFANT

enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui  non   
 qui 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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
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"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	ORITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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"/>	

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

ÉCRIRE 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  
 .....

.....

.....

.....