



## Les sites et les périodes des séjours et d'inscriptions des ALSH :



Séjours	Vacances janvier 2018		Mercredis Jeunesse 1er semestre 2018		Vacances mars 2018	
Date	du 3 janvier au 23 janvier 2018		du 31 janvier au 27 juin 2018		du 12 mars au 23 mars 2018	
Période d'inscription	du 30 octobre 2017 au 1er décembre 2017		du 30 octobre 2017 au 19 décembre 2017		du 30 octobre 2017 au 2 février 2018	
SITES	Capacité d'accueil max		Capacité d'accueil max		Capacité d'accueil max	
	Maternelle 3 à - 6 ans	Primaire 6 à - 12 ans	Maternelle 3 à - 6 ans	Primaire 6 à - 12 ans	Maternelle 3 à - 6 ans	Primaire 6 à - 12 ans
Ecole Georges Marie SOBA ou Ary Payet	60	96	60	60	60	60
Ecole ZAC Fayard	60	96	60	60	60	60
Ecole Raphaël Vidot	60	96				
Ecole les Cytises	60		60		60	
Ecole Henri Morange ou Etang		76		60		60
Ecole Bras des Chevrettes		48		48		48
Ecole Saint Clair Agenor		48				
Ecole Jean Albany		48				

**Des écoles qui sont sous réserve de modification pour cause de travaux**

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

### INSCRIPTIONS

Lieu	Téléphone	Heure
Pôle de Service de Cambuston	0262 46 00 25 Daniela - Wesley	9h00 - 12h00 et 13h00 - 15h00
Pôle de service Cressonnière	0262 58 80 52(Nadine)	08h30 - 12h00 et 13h00 - 14h30
Pôle de Ravine Creuse	0262 58 80 51 Ibrahim-Céline	9h00 - 12h00 et 13h00 - 15h00
Pôle de Service ZAC Fayard	0262 58 51 58 Huguette	9h00 - 12h00 et 13h00 - 15h00
Bras des Chevrettes	0262 58 80 53 Yolaine - Patricia	9h00 - 12h00 et 13h00 - 15h00
Service des Sports	0262 58 88 60 Ornella	du lundi au jeudi : 08h30 - 12h00 et 13h00 - 14h00 et vendredi de 8h30 à 12h00

### Pièces à fournir :

Copie :	A prévoir
Attestation d'assurance 2017/2018 responsabilité civile	Livret de famille
Notification de la CAF - de 3 mois ou avis d'imposition 2017	n° allocataire et sécurité sociale
Carnet de vaccination à jour	Nom, prénom et numéro du docteur traitant



# MAIRIE DE SAINT-ANDRE

## FICHE D'INSCRIPTION 2018

École : mat ou prim .....

Visa :

- Vacances :       Janvier      du 3 au 23 janvier 2018  
                       Mars            du 12 au 23 mars 2018  
 Mercredis :       Jeunesse      du 31 janvier 2018 au 27 juin 2018

### Responsable légal

### Enfant

Nom : .....      Nom : .....  
 Prénom : .....      Prénom : .....  
 N° Sécurité Sociale : .....      Date de naissance: ...../...../.....  
 N° allocataire: .....      Lieu de naissance: .....  
 Profession: .....       Garçon       Fille

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) :

Vacances janvier :       20€       30€       45€       70€

Mercredi Jeunesse :       20€       30€       45€       70€

Vacances mars :       15€       25€       40€       65€

**TOTAL à payer :**

## AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS

Je soussigné (e) ..... responsable légal, autorise mon enfant ..... à participer aux activités proposées dans 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) rendus 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

~~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 EVITE 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
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Copérolanche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCC					

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 un 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 AIGÛ	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 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

VOIRE 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) : \_\_\_\_\_  
TEL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : \_\_\_\_\_  
NOM ET TEL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : \_\_\_\_\_ BUREAU : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e) ..... 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

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