

# AGORA GLEIZE FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_  
 PRENOM : \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
 GARÇON  FILLE

Groupe sanguin (facultatif) \_\_\_\_\_

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT; ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE

### \* PHOTOCOPIE OBLIGATOIRE DES VACCINATIONS DU CARNET DE SANTE DE L'ENFANT

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION  
 ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	OUI		NON		COQUELUCHE	OUI		NON	
VARICELLE	OUI		NON		OTITE	OUI		NON	
ANGINE	OUI		NON		ROUGEOLE	OUI		NON	
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	OUI		NON		OREILLONS	OUI		NON	
SCARLATINE	OUI		NON						

### ALLERGIES :

ASTHME oui  non  MEDICAMENTEUSES oui  non   
 ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES \_\_\_\_\_

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

-----  
 -----  
 -----  
 -----  
 -----

**INDIQUEZ CI-APRÈS LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ :**

En cas de maladie, handicap, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation nécessitant une prise en charge spécifique, un protocole d'accueil individuel est nécessaire (si votre enfant est en situation de handicap, des renseignements complémentaires pourront vous être demandés)

PAI établi **oui**  **non**

Fiche spécifique **oui**  **non**

**RÉGIMES ALIMENTAIRES ; (Sans viande, sans porc etc....)****RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte-t-il des LENTILLES, LUNETTES, PROTHÈSES AUDITIVES, PROTHÈSES DENTAIRES, etc..... PRECISEZ

**ENFANTS 4/5 ANS ACCUEIL CHARTONNIERE**

Souhaitez-vous que votre enfant fasse la sieste : **OUI**   
**NON**

Mon enfant repartira seul : **OUI**  **ON**  Avec ses parents : **OUI**  **NON**

Autre :

**DROIT A L'IMAGE :**

M; Mme \_\_\_\_\_ autorise : **OUI**  **NON**

l'association AGORA à prendre mon (mes) enfant(s) en photo afin de les utiliser en terme de communication (presse, bulletin municipal et affichage dans les locaux) pour présentation des activités du centre .

**RESPONSABLE DE L'ENFANT**

Numéro de Sécurité sociale auquel est/sont rattaché(s) les/ l'enfant(s) \_\_\_\_\_

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

CODE POSTAL \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_

TEL. FIXE \_\_\_\_\_ PORTABLE \_\_\_\_\_ BUREAU \_\_\_\_\_

NOM DU MÉDECIN TRAITANT (facultatif) \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : \_\_\_\_\_ SIGNATURE : \_\_\_\_\_

À REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES



**BULLETIN D'INSCRIPTION**

**ANNEE**

**Je soussigné(e) :**

**Père** : Nom ..... Prénom ..... Profession .....

Adresse : 1 .....

**Mère** : Nom ..... Prénom ..... Profession .....

Adresse : 2 .....

**Responsable légal de l'enfant si différent des parents :**

Nom ..... Prénom ..... Profession .....

Adresse :

**SITUATION FAMILIALE DU COUPLE**

Célibataire  Cocher la case correspondante Vie commune   
 Marié (e)  Pacs   
 Divorcé (e)  Veuf (ve)

**Tél. Fixe**

**Tél. portable**

**Mail**

Père \_\_\_\_\_ Père \_\_\_\_\_  
 Mère \_\_\_\_\_ Mère \_\_\_\_\_  
 Autre \_\_\_\_\_ Autre \_\_\_\_\_

**Organismes Affiliation**

Numéro de Sécurité Sociale auquel (est) (sont) rattaché(s) (les) l'enfant(s) \_\_\_\_\_

Numéro de CAF auquel (est) (sont) rattaché(s) l'enfant(s) : \_\_\_\_\_

Caisse d'Allocations Familiales de : \_\_\_\_\_

Numéro MSA : \_\_\_\_\_ Autre : \_\_\_\_\_

N° DE RESSORTISSANT (si étranger) \_\_\_\_\_



# J'inscris mon (mes) enfant(s)

ETAT CIVIL DE L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : ..... né(e) le : .....

Nom : ..... Prénom : ..... né(e) le : .....

Nom : ..... Prénom : ..... né(e) le : .....

Nom : ..... Prénom : ..... né(e) le : .....

ÉCOLE FREQUENTÉE

## Au Centre de Loisirs (l'Accueil de loisirs est fermé les jours fériés)

POSSIBILITES	Durée	Tarifs 4/5 ans		Tarifs 6/12 ans	
		Gleizé Arnas	Hors Gleizé Arnas	Gleizé Arnas	Hors Gleizé Arnas
Journée avec repas 8h30 /17h30	9h00	13,40€	20,40€	10,70 €	17,80 €
Journée sans repas 8h00 /12h00 et 13h30 17h30	8h00	8,80€	14,70€	6,40 €	12,70 €
Matin avec repas 8h00 /13h00	5h00	8,95€	12,85€	7,60 €	11,60 €
Après-midi avec repas 12 h00 /17h30	5h30	9,60€	13,75€	7,90 €	12,40 €
Matin ou après-midi sans repas 8h/12h ou 13h30 17h30	4h00	4,45€	7,40€	3,25 €	6,30 €
Journée Sortie sans repas 8h30/17h30	9h00	10,00€	16,60€	7,30 €	14,20 €
Supplément par 1/2 heure	1/2h	0,70€	0,90€	0,40 €	0,80 €
Supplément sortie hors vacances scolaires			3,90 €	3,90 €	3,90 €
Convention CAF		1,00 €		1,00 €	
Adhésion annuelle obligatoire par famille (Foyer fiscal)		11,50 €		11,50 €	

### SOUTIEN FINANCIER DE LA CAF DU RHÔNE

PLANNING A.L.S.H. MERCREDI									
SEPT	OCT	NOV	DEC	JANV	FEV	MARS	AVR	MAI	JUIN
9	07	04	02	06	03	03	07	05	02
16	14	18	09	13	24	10	28	12	09
23		25	16	20		17		19	16
30				27		24		26	23
						31			30

Le règlement est dû à l'inscription , aucun remboursement ne peut s'effectuer en dehors de l'annulation d'une activité par l'Association AGORA. Le tarif applicable aux habitants de Gleizé, étant donné le versement d'une prestation par la commune de Gleizé, n'est valable que dans la limite de 60 jours par année civile, pour les adhérents d'Arnas 50 jours. Au delà, le tarif hors Gleizé devient en vigueur.

Mon enfant repartira seul : OUI  NON  Avec ses parents : OUI  NON

Autre \_\_\_\_\_

DATE .....

SIGNATURE DES PARENTS



## RÈGLEMENT ADHESION ANNUELLE

Montant : 11,50 €  Chèque N° \_\_\_\_\_ Espèces  Le \_\_\_\_\_

Numéro de la carte : \_\_\_\_\_

Concerne :  Centre de Loisirs 6/12 ans  Ados  Atelier adultes   
 Accompagnement à la scolarité  Atelier enfant

### AUTORISATION FAMILIALE

#### Je soussigné(e), responsable légal de(s) l'enfant(s)

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Père  Mère  Tuteur

#### Déclare autoriser mon (mes) enfant(s)

Nom _____	Prénom _____	né (e) le _____
Nom _____	Prénom _____	né (e) le _____
Nom _____	Prénom _____	né (e) le _____
Nom _____	Prénom _____	né (e) le _____

#### à participer aux différentes activités et sorties organisées et proposées par l'Association AGORA GLEIZE ANIMATION

J'autorise les accompagnateurs responsables à prendre toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, anesthésie, intervention chirurgicale) urgentes constatées par un médecin et rendues nécessaires par l'état de mon(mes) enfant(s) .

#### DROITS A L'IMAGE

M. Mme. \_\_\_\_\_ autorise : oui  non

l'Association AGORA à prendre mon (mes) enfant(s) en photo afin de les utiliser en terme de communication (presse, bulletin municipal et affichage dans les locaux) pour présentation des activités du centre.

Aussi je déclare avoir pris connaissance et m'engage à respecter  
le Règlement Intérieur de l'Association (affichage dans les locaux)

Fait à : \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Ecrire la mention : " lu et approuvé "

Signature du (des) responsable(s)





## FICHE INSCRIPTION VACANCES DE FEVRIER 2021

MAISON GEORGE SAND 4/12 ans 2021

Je soussigné(e) :

Nom : ..... Prénom : ..... Tel. ....

Adresse : .....

Père

Mère

Tuteur légal

### J'inscris mon (mes) enfant (s)

Nom : ..... Prénom : ..... Jé( e) le : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Jé( e) le : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Jé( e) le : .....

### A L'ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT

DU 08/02 AU 19/02	Journée avec Repas	Journée sans Repas	Matin	Après-Midi
LUNDI 08/02				
MARDI 09/02				
MERCREDI 10/02				
JEUDI 11/02				
VENDREDI 12/02				
LUNDI 15/02				
MARDI 16/02				
MERCREDI 17/02				
JEUDI 18/02				
VENDREDI 19/02				

**L'association AGORA se réserve le droit de ne pas maintenir l'accueil si le nombre d'enfants inscrits par semaine est inférieur à 6.**

Réservé au secrétariat, le règlement s'effectue à l'inscription

POSSIBILITES	Durée	Tarifs 4/5 ans		Tarifs 6/12 ans	
		Gleizé Arnas	Hors Gleizé Arnas	Gleizé Arnas	Gleizé Arnas
Journée avec Repas 8h30 / 17h30	9h00	13,40 €	20,40 €	10,70 €	####
Journée sans repas 8h00 / 12h et 13h30 / 17h30	8h00	8,80 €	14,70 €	6,40 €	####
Matin avec Repas 8h30 / 13h30	5h00	8,95 €	12,85 €	7,60 €	####
Après-midi avec Repas 12h00 / 17h30	5h30	9,60 €	13,75 €	7,90 €	####
Matin ou Après-midi sans repas 8h30/12h ou 13h30 /17h30	4h00	4,45 €	7,40 €	3,25 €	####
Journée Sortie sans Repas 8h30 / 17h30	9h00	10,00 €	16,60 €	7,30 €	####
Supplément par 1/2 heure	1/2h	0,70 €	0,90 €	0,40 €	####
Supplément sortie vacances scolaires		5,90 €	5,90 €	5,90 €	####

NOTA : Aucun remboursement ne peut être effectué en dehors de l'annulation d'une activité de la part de l'association AGORA.

A \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature de parents



