

# INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS

DU LUNDI 19 AU 30 OCTOBRE 2020

Du lundi au vendredi de 8h30 à 12h et de 13h30 à 17h30.  
et le samedi 10 octobre de 14h à 17h30  
à la «Maison d'Activités pour la Jeunesse» (M.A.J),  
170 rue Henri DILLIES - 03 20 97 13 47

Nom :  Adresse :

Prénom :  Ville :

Age :  Né(e) le :  /  /  Tél (domicile) :

École fréquentée :  Tél (travail) :

Nom du responsable légal :  E-mail :

Prénom :  N° allocataire CAF du nord :

si pas de numéro d'allocataire : fournir une copie de la feuille d'imposition

## ACCUEIL DE LOISIRS FRÉQUENTÉ

École maternelle (2-6 ans) Mozart  La Bruyère  École primaire (6-12 ans) G. Sand  A. France

Adolescent (11-17 ans) MAJ  (uniquement l'après-midi de 13h30 à 17h30) → J'autorise mon enfant à sortir seul à 17h30

## DROIT À L'IMAGE

J'autorise la Mairie de Faches Thumesnil à reproduire, publier et communiquer au public les photographies prises dans le cadre des ALSH pour le journal municipal, affiches et documents municipaux, portail internet de la ville.  Oui  Non

## PIÈCE À FOURNIR

A partir de janvier 2020, les familles doivent fournir :  
Si elles sont allocataires CAF du Nord : **attestation CAF de moins de 3 mois (mentionnant le QF)**  
Si elle ne sont pas allocataires CAF du Nord : **l'avis d'imposition, toutes les pages (les deux avis si parents concubins)**  
**Photocopie du carnet de vaccination.**  
**Photocopie d'attestation extra-scolaire de ou des enfants**

**!** Les familles qui ne fourniront pas les bons documents ou incomplets seront facturés au tarif maximum et ce sans rétroactivité.

## DATE LIMITE D'INSCRIPTION :

Mardi 13 octobre pour la semaine du 19 au 23 octobre.

Mardi 20 octobre pour la semaine du 26 au 30 octobre

	DU LUNDI 19 AU VENDREDI 23 OCTOBRE					DU LUNDI 26 AU VENDREDI 30 OCTOBRE				
	Lundi <input type="checkbox"/>	Mardi <input type="checkbox"/>	Mercredi <input type="checkbox"/>	Jeudi <input type="checkbox"/>	Vendredi <input type="checkbox"/>	Lundi <input type="checkbox"/>	Mardi <input type="checkbox"/>	Mercredi <input type="checkbox"/>	Jeudi <input type="checkbox"/>	Vendredi <input type="checkbox"/>
Garderie matin 7h30/9h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matin 9h / 12h	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				
Repas du midi	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				
Après-midi 13h30 / 17h	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				
Garderie soir 17h / 18h30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**REPAS :**  Sans recommandation  Végétarien  Sans porc

Je soussigné (e), M(me) , certifie avoir pris connaissance du règlement des A.L.S.H. disponible à la Maison d'Activités pour la Jeunesse ou sur [www.ville-fachesthumesnil.fr](http://www.ville-fachesthumesnil.fr)

**!** Remplir obligatoirement la fiche sanitaire de liaison au verso du document.

Date :

Signature :



# FACHES THUMESNIL

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT (obligatoire)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Né(e) le :  /  /  Sexe : M  F

### RESPONSABLE DU MINEUR :

Nom et prénom du responsable N°1 de l'enfant :

Nom et prénom du responsable N°2 de l'enfant :

Numéros de téléphone en cas d'urgence (fixe et portable)

☒ 1 :  ☒ 2 :

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT SA SANTÉ

L'enfant ou adolescent a-t-il un problème de santé  Oui  Non

L'enfant ou adolescent suit-il un traitement médical durant sa présence à l'accueil de loisirs ou durant le séjour ?  Oui  Non

si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec la notice.) Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance

L'enfant ou adolescent est-il allergique ?  Oui  Non

Si oui à quoi : (alimentaire\*, médicamenteuse, insectes, soleil, maquillage...)

\*En cas d'allergie alimentaire avérée, fournir le Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAI)

**Vaccins :** Fournir la copie des pages de vaccination du carnet de santé

### RENSEIGNEMENTS UTILES CONCERNANT L'ENFANT

Repas de l'enfant :

sans recommandation  végétarien  sans porc

Votre enfant ou adolescent porte-il des lunettes, lentilles, diabolos, prothèses auditives, appareil dentaire, etc....

### AUTORISATIONS

- J'autorise mon enfant/adolescent à participer aux activités proposées physiques et sportives  Oui  Non
- J'autorise mon enfant/adolescent à participer aux baignades surveillées  Oui  Non
- J'autorise mon enfant/adolescent à être transporté dans le véhicule de service de la Ville (7 places) trajet court et occasionnel.  Oui  Non
- J'autorise mon enfant/adolescent à utiliser les transports bus de ville ou car de location pour les journées d'excursion  Oui  Non
- J'autorise mon enfant à quitter l'accueil de loisirs seul à l'heure de fermeture 17h  Oui  Non
- J'autorise mon adolescent à quitter l'accueil de loisirs seul à l'heure de fermeture  
17h30 (horaire hiver)  Oui  Non  
17h (horaire été)  Oui  Non
- J'autorise la Mairie de Faches Thumesnil à reproduire, publier et communiquer au public les photographies prises dans le cadre des accueils de loisirs et séjours pour le journal municipal, affiches et documents municipaux, portail internet de la Ville.  Oui  Non

### PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT/ADOLESCENT AUTRES QUE LES RESPONSABLES DU MINEUR

Nom et prénom :

Lien avec l'enfant/adolescent :

☒ :

Nom et prénom :

Lien avec l'enfant/adolescent :

☒ :

Je soussigné (e), M(me) \_\_\_\_\_, certifie avoir pris connaissance du règlement des A.L.S.H. disponible à la Maison d'Activités pour la Jeunesse ou sur [www.ville-fachesthumesnil.fr](http://www.ville-fachesthumesnil.fr) et déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date :  /  /

Signature :

J'accepte que la mairie de Faches-Thumesnil recueille mes données et qu'elles soient transmises aux autres services municipaux.  
Si je ne coche pas, mon inscription ne pourra pas être traitée.