

Bulletin d'inscription

Accueils de Loisirs

Vacances Printemps 2019

pour le site de (cocher d'une croix la case correspondante) :

DOMBLANS (3-5 ans / 6-12 ans)
 BLETTERANS (3-6 ans / 7-13 ans)
 COMMENAILLES (6-13 ans)

SELLIERES (4-11 ans)
 SEMAINE PASSERELLE COMMENAILLES (12-13 ans)

Modalités d'inscriptions sont à retrouver sur le programme :

Pour tous les sites, l'inscription est à la journée pour les +6 ans et à la demi-journée pour les -6ans
2 jours consécutifs minimum avec ou sans repas

Nom - Prénom de l'enfant :

Age de l'enfant :

(Veuillez cocher les cases de période d'inscription)	AL Matin	AL Repas	AL Après Midi	Périodes d'ouvertures de chaque site				
Lundi 15 avril				Domblans	Bletterans	Commenailles	Sellières	X
Mardi 16 avril								
Mercredi 17 avril								
Jeudi 18 avril								
Vendredi 19 avril								
Lundi 22 avril	X	X	X	X	X	X	X	X
Mardi 23 avril				Domblans	Bletterans	X	X	Semaine passerelle
Mercredi 24 avril								
Jeudi 25 avril								
Vendredi 26 avril								

Dans le cas d'une nouvelle inscription pour l'année 2019, merci de demander une fiche de renseignement disponible à la Communauté de Communes à Bletterans, aux bureaux de Voiteur ou au CPIE à Sellières. Vous devrez fournir une attestation d'assurance extra-scolaire pour l'enfant

al.domblans@bressehauteseille.fr al.bletterans@bressehauteseille.fr

al.sellieres@bressehauteseille.fr enfancejeunesse.cpiebj@free.fr

Date et signature des parents :



Fiche de renseignements 2018/2019

Accueil de Loisirs Sans Hébergement



La Caf participe au financement de la structure

- Extrascolaire à Domblans
- Extrascolaire à Bletterans

- Extrascolaire à Commenailles
- Extrascolaire à Sellières
- Semaine Passerelles

- Périscolaire à Bletterans «mercredis»
- Périscolaire à Domblans
- Périscolaire à Voiteur

- Périscolaire à Montain
- Périscolaire à Plainoiseau

Photo de l'enfant

Strictement confidentielle, nécessitant d'être soigneusement complétée, car indispensable à l'accueil de loisirs.

L'enfant

NOM : _____ Prénom : _____ Age : _____
 Date de naissance : _____ Sexe : _____ Lieu de naissance : _____
 Classe : _____ Ecole : _____

Les Parents ou responsable légal de l'enfant

	PERE	MERE	RESPONSABLE LEGAL
Nom :			
Prénom :			
Adresse :			
N° tél :			
N° tél portable :			
Coordonnées de l'employeur :			

Facturation

N° CAF : ou N° Sécurité sociale (si adhérent MSA) :

Si vous ne nous communiquez pas votre numéro allocataire ou que vous dépendez d'une CAF hors Jura ou bien encore si vous êtes adhérent MSA, joindre l'avis d'imposition ou de non-imposition 2018 sur les revenus 2017 du couple ou des 2 parents si vie maritale, garde alternée. En l'absence de justificatif de revenus, le tarif maximum sera appliqué.

A quels nom et adresse devons-nous établir les factures ?

* Pour l'extrascolaire de Commenailles et les semaines Paserelles, la facture vous sera adressée à la fin de la période, puis à régler au CPIE, 8 rue des Deux ponts 39230 Sellières

* Pour tous les autres sites, la facture vous sera adressée par le Trésor Public à la fin de la période, à régler par courrier ou à leur guichet au Centre de Finances Publiques 2 place Orion de Bletterans (39140) ou par internet avec carte bancaire sur <https://www.tipi.budget.gouv.fr> (site de paiement en ligne sécurisé).

Les tickets CESU (ainsi que les E-CESU) et chèques vacances ANCV sont acceptés.

Assurance

Compagnie d'Assurance : **N° de police :**

Joindre une attestation d'assurance Périscolaire et / ou extrascolaire en « Responsabilité civile »

Informations famille

Les informations émanant de nos services vous sont envoyées via internet (programme, mots d'information ...). Je souhaite faire partie d'une liste de diffusion (adresse cachée). OUI NON

Si oui, j'indique l'adresse mail à laquelle je souhaite recevoir les informations :

.....@.....

Pour les enfants de moins de 7 ans :

Nom – Prénom des personnes habilitées à récupérer l'enfant (11 ans minimum) :

- * Lien de parenté Tél :
- * Lien de parenté Tél :
- * Lien de parenté Tél :

Les personnes autorisées devront se munir d'une pièce d'identité pour se faire connaître des encadrants et récupérer l'enfant.

J'autorise mon enfant de plus de 7 ans à quitter l'accueil de loisirs :

- à partir de h
- à la fermeture du centre : OUI NON

Situation des parents (rayer la mention inutile) :

Mariés ou vie maritale Séparés ou divorcés (précisez le mode de garde) :

Le parent, chez qui ne réside pas l'enfant, est-il autorisé à venir le chercher ? OUI NON

(Si non, merci de joindre une photocopie du justificatif officiel. Remettre les papiers dans une enveloppe cachetée, avec le nom de l'enfant.)

Droit à l'image et au transport
--

✓ **J'autorise** mon enfant à participer aux activités et aux sorties extérieures organisées par l'accueil de loisirs de la CCBHS pendant ses périodes d'inscription. OUI NON

✓ **J'autorise** l'accueil de loisirs et / ou la Communauté de Communes à diffuser dans ses publications (lettres d'informations, programmes, brochures, site internet...) pour une durée indéterminée et à exposer dans ses locaux ou lors de manifestations, des photos de mon enfant prises lors d'activités auxquelles il a participé. OUI NON

✓ **J'autorise** mon enfant à prendre le bus ou une voiture particulière avec les responsables de l'accueil de loisirs pour les sorties prévues au programme. OUI NON

✓ **J'accepte** en soumettant ce formulaire, que les informations saisies dans celui-ci soient utilisées, exploitées, traitées puis archivées pour permettre de me recontacter pour l'envoi des programmes dans le cadre des activités futures et dans le cadre d'un contrôle effectué par la CAF.

OUI NON

DATE :/...../.....

Signature :

Fiche sanitaire individuelle

L'enfant a-t-il (eu) les maladies suivantes :

	oui	non
Rubéole		
Rougeole		
Rhumatisme Articulaires Aigus		
Varicelle		
Otite		
Asthme		
Coqueluche		
Oreillons		
Scarlatine		
Angine		

Allergies : préciser lesquelles et la conduite à tenir :

Régime alimentaire particulier :

Contre-indication à une activité sportive ?.....

Nom du Médecin traitant :tél :

L'enfant suit-il un traitement médical ?

Indiquer les difficultés de santé de votre enfant (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation...), en précisant les dates et les précautions à prendre.

P.A.I. (projet d'accueil individualisé à fournir obligatoirement le cas échéant) : OUI NON

Aucun médicament ne pourra être donné à l'enfant sans ordonnance médicale (sous réserve que le traitement doit être remis en main propre à un animateur)

En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un enfant mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Merci de fournir un certificat du médecin attestant que les vaccins sont à jours ou une copie du carnet de vaccinations

Je soussigné(e) Madame, Monsieur, représentant légal de l'enfant..... :

- **Autorise** le responsable de l'accueil de loisirs de la CCBHS et/ou du CPIE à prendre toutes les mesures nécessaires en adéquation avec l'état de l'enfant. OUI NON
- **Déclare** exacts les renseignements portés sur ces fiches OUI NON
- **Accepte** en soumettant ce formulaire, que les informations saisies dans celui-ci soient utilisées, exploitées, traitées et archivées pour l'année en cours pour permettre la gestion éventuelle d'une prise en charge rapide. OUI NON

DATE :/...../.....

Signature :