



# FICHE D'INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS SANS HÉBERGEMENT

Juillet 2018 (9 au 27 juillet)  
UNE FICHE À REMPLIR PAR ENFANT

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom de l'enfant : ..... Prénom : .....

Né(e) le | | | | | | | | | | | | | | | |

### RESPONSABLE LEGAL 1 :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

N° mobile : | | | | | | | | | | | | | | | |

N° Tél. pro : | | | | | | | | | | | | | | | |

Adresse électronique : .....

N° sécurité sociale : .....

Profession : .....

Nom et adresse de l'employeur : .....

### RESPONSABLE LEGAL 2 :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

N° mobile : | | | | | | | | | | | | | | | |

N° Tél. pro : | | | | | | | | | | | | | | | |

Adresse électronique : .....

N° sécurité sociale : .....

Profession : .....

Nom et adresse de l'employeur : .....

Situation familiale :  Célibataire  Mariés  Vie maritale  Pacsés  Divorcés  Séparés  Veuf/Veuve

Nom et adresse de l'assurance responsabilité civile ou extra scolaire (ne pas joindre d'attestation) : .....

N° Police : .....

### Autre(s) enfant(s) à charge :

Nom - Prénom : ..... Prénom : ..... Né(e) le | | | | | | | | | | | | | | | |

Nom - Prénom : ..... Prénom : ..... Né(e) le | | | | | | | | | | | | | | | |

Nom - Prénom : ..... Prénom : ..... Né(e) le | | | | | | | | | | | | | | | |

Nom - Prénom : ..... Prénom : ..... Né(e) le | | | | | | | | | | | | | | | |

### Contact et prise en charge : (Personne(s) à joindre en cas d'urgence si les parents sont indisponibles et/ou autorisée(s) à venir chercher l'enfant)

Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté : .....

N° Tél. fixe : | | | | | | | | | | | | | | | |

N° mobile : | | | | | | | | | | | | | | | |

Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté : .....

N° Tél. fixe : | | | | | | | | | | | | | | | |

N° mobile : | | | | | | | | | | | | | | | |

Autorisé à être contacter en cas d'urgence

Autorisé à venir chercher l'enfant

Autorisé à être contacter en cas d'urgence

Autorisé à venir chercher l'enfant

## RENSEIGNEMENTS NÉCESSAIRES À LA FACTURATION DES PRESTATIONS

Nom et prénom du redevable légal : .....

(la facture est établie au nom du redevable légal)

Mode de garde :  conjointe  alternée  exclusive (jugement à fournir)

Nom et Prénom de l'allocataire CAF : ..... N° CAF : .....

Joindre une attestation récente mentionnant votre quotient familial en cas de régime spécifique (MSA, SNCF, etc.).

Je soussigné(e) ....., le responsable légal, autorise les responsables de l'accueil de loisirs à présenter mon enfant ..... à un médecin en cas de soins à donner d'urgence et, si nécessaire, sous anesthésie. Si cela est possible, je souhaite la consultation du docteur..... ou l'hospitalisation..... (préciser l'hôpital ou la clinique).

J'autorise également mon enfant à se baigner sous surveillance (les enfants doivent obligatoirement être vaccinés contre la polio). OUI  NON

J'autorise la Commune de Rupt sur Moselle à faire transporter mon enfant pour les besoins des activités de l'accueil de loisirs ou en cas d'urgence en voiture individuelle pour par des moyens de transports collectifs. OUI  NON

À..... Le..... Signature :

## PRÉ-INSCRIPTION(S) AUX SERVICES

### ACCUEIL EXTRASCOLAIRE

Tranche CAF	Enfant de Rupt sur Moselle et Vecoux	Enfants de Ferdrupt	Enfants extérieurs	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3
				Du 9 au 13 juillet (5 jours)	Du 16 au 20 juillet (5 jours)	Du 23 au 27 juillet (5 jours)
< à 500 €	60,00 €	72,50 €	90,00 €			
500 à 1000 €	62,50 €	75,00 €	92,50 €			
> à 1000 €	65,00 €	77,50 €	95,00 €			

Coût total du séjour : ..... € (déduction de 3 % si inscription sur l'ensemble des semaines)

Je bénéficie d'aide : - Mon comité d'entreprise (nom du CE.....) d'un montant de .....€

- La CAF des Vosges pour un montant total de .....€

Je joins le règlement (restant à ma charge) de .....€

Paiement par  chèque à l'ordre du Trésor Public  Espèces  chèques vacances ANCV

Seul le règlement aura valeur d'inscription, il devra être réalisé lors de l'inscription, il sera encaissé qu'après le déroulement de l'accueil de loisirs.

### TRANSPORT CAR COMMUNAL

Mon enfant (nom et prénom) : .....

Prendra le car à l'arrêt : .....

Matin : OUI  NON  Soir : OUI  NON

Est autorisé à rentrer seul depuis l'arrêt de car : OUI  NON

(les enfants non autorisés à rentrer seuls, descendront du car qu'en présence d'un parent à l'arrêt, en cas d'absence l'enfant sera reconduit au centre socioculturel).

## JUSTIFICATIFS À FOURNIR

### Allocataire CAF :

Veillez nous fournir une attestation récente, de la CAF des Vosges, mentionnant votre quotient familial.

### Non allocataire CAF :

Veillez nous fournir une attestation récente mentionnant votre quotient familial.

## Tout dossier incomplet sera refusé et retourné.

Je soussigné(e) ....., le responsable légal, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à respecter le règlement intérieur et les modalités de fonctionnement de ce service.

Le responsable légal :

- accepte que les photos où mon enfant apparaît soient publiées dans les différentes publications communales ainsi que sur le site internet de Rupt sur Moselle.

- donne l'autorisation à la Commune de Rupt sur Moselle de consulter mon quotient familial sur le site de la CAF grâce à mon N° d'allocataire porté ci-dessus. Ce

quotient ne sera utilisé qu'afin de calculer ma participation financière à l'accueil de loisirs.

À..... Le.....

Signature :

Signature :



### Inscription validée par la Commune de Rupt sur Moselle.

Fait à Rupt sur Moselle, le.....

Signature :

CACHET

Les informations qui vous concernent sont destinées à la Commune de Rupt sur Moselle ; En aucun cas, elles ne seront communiquées à des tiers (partenaires commerciaux, etc.).

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données vous concernant (art. 34 de la loi informatique et libertés). Pour l'exercer, adressez-vous à la Mairie de Rupt sur Moselle.

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1. ENFANT

Nom : .....

Prénom : .....

Date de Naissance .....

Garçon

Fille

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour ; elle évite de vous démunir du carnet de santé de votre enfant.

## 2. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins Obligatoires	oui	non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie			___/___/___	Coqueluche*	___/___/___
Tétanos			___/___/___	Haemophilus influenzae B*	___/___/___
Poliomyélite			___/___/___	Hépatite B*	___/___/___
Ou DT Polio			___/___/___	Méningocoque C*	___/___/___
Ou Tétracoq			___/___/___	Rubéole-Oreillons-Rougeol*	___/___/___
				BCG	___/___/___

\*Vaccins obligatoires pour les enfants nés à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2018.

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ? .....  
(joindre un certificat médical de contre-indication)

Injections de sérum	Nature	Dates
		___/___/___
	___/___/___	

## 3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Groupe sanguin de l'enfant (si connu) : .....

L'enfant suit-il un **traitement médical** ?  oui  non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice)

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

Rubéole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Varicelle <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Angine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Scarlatine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Coqueluche <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Otite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rougeole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Oreillons <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Autre(s) :

### Allergies :

Asthme :  oui  non

Médicamenteuse :  oui  non

Si oui, lequel : .....

Alimentaire :  oui  non

Si oui, lequel : .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir : .....

.....

.....

En cas de problème allergique, l'enfant bénéficie-t-il d'une automédication :

oui  non

Si oui, lequel : .....

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 port-il des lentilles, des lunettes, prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

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

#### 5. RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Tél. | | | | | | | | | |

Mobile : | | | | | | | | | |

N° de sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | |

Nom et prénom du médecin traitant : .....

Tél. du médecin traitant : | | | | | | | | | |

L'enfant bénéficie-t-il :  De la PUMA (CMU)  
 D'une prise en charge S.S. à 100 %

Fournir les attestations (PUMA et prise en charge S.S.)

Je soussigné, ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à Rupt sur Moselle, le..... Signature :