



INSCRIPTION AVRIL 2024

A retourner sur la boîte mail :  
centrelouisirs@echenevex.fr

**Inscription pour les familles  
n'ayant pas accès au portail famille**

AVRIL 2024

**Nom-Prénom :**

**Date de naissance :**

**Classe fréquentée cette année scolaire :**

**Date de retour par mail (réservé à la mairie):**

Photo  
(facultatif)

**Pièces justificatives :**

- 1 Fiche d'inscription 2023-2024 par enfant
- 1 Fiche sanitaire de liaison vierge
- Copie du PAI (Protocole d'accueil individualisé) **Si l'enfant à des allergies, etc...**
- 1 RIB (si c'est votre 1ère demande de prélèvement ou si vos coordonnées bancaires ont changé)
- Attestation d'assurance responsabilité civile et individuelle accidents 2023/2024
- Dernier avis d'imposition **des deux parents.**
- Copie du livret de famille (parents et enfants)
- Si parents séparés, justificatif d'attribution du droit de garde exclusif et extrait de jugement de divorce le cas échéant

**Inscription du 25 AU 29 MARS (commune de Echenevex) ET**

**Du 2 AU 5 AVRIL (toutes les communes)**

**Tout dossier incomplet ou hors délais ne sera pas prioritaire.**

Nom-Prénom:

## AVRIL 2024

**Veillez cocher les jours de réservations souhaités.**

(Nous pourrons les accepter sous réserve de places disponibles).

Du 15 AU 19 AVRIL 2024:

**Thème – 6ans : « Dino's Time »**

**Thème +6ans : « Dans la peau des super-héros »**

Lundi  Mardi  Mercredi  Jeudi  Vendredi

Du 22 AU 26 AVRIL 2024 :

**Thème – 6ans : « Nature & découverte »**

**Thème +6ans : « Jeux de société en folie »**

Lundi  Mardi  Mercredi  Jeudi  Vendredi

## MODE DE PAIEMENT SOUHAITÉ

ou  Par prélèvement mensuel automatique  
Avez-vous déjà choisi ce mode de paiement l'année dernière ?  OUI .  NON  
(Merci de fournir un RIB si c'est votre 1ère demande de prélèvement ou si vos coordonnées bancaires ont changé)

Par chèque directement au trésor publique

Facturation au nom et adresse :  Parent 1 ou  Parent 2

### Parent 1

Nom

Prénom:.....

ADRESSE : .....

.....

Adresse électronique : .....

### Parent 2

Nom et prénom :

.....

ADRESSE : .....

.....

Adresse

électronique : .....

Autorisations :

Je soussigné M., Mme ..... autorise ma fille, mon fils à participer aux différentes sorties extérieures organisées par le centre de loisirs.

Je soussigné M., Mme ..... autorise la commune d'Echenevex à photographier ou filmer ma fille, mon fils et à utiliser ces films/photos dans le cadre de publications municipales.

**Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieurs du centre de loisirs et m'engage à les respecter.**

J'ai pris connaissance qu'il n'y a plus de factures papier, celles-ci seront disponible sur le portail famille.

DATE :     /     /

Signature

# Tarifs

## Habitants d'Echenevex :

CATÉGORIE	QUOTIENT	Journée mercredi et vacances	½ journée + repas (mercredi)
T	0 à 500	9,44 €	5,06 €
A	501 à 800	15,01 €	10,50 €
B	801 à 1 334	20,18 €	18,74 €
C	1 335 à 1 944	27,23 €	19,77 €
D	1 945 et +	33,38 €	24,95 €

## Habitants d'Echenevex avec PAI (panier-repas) :

CATÉGORIE	QUOTIENT	Journée mercredi et vacances	½ journée + repas (mercredi)
T	0 à 500	6,29 €	3,37 €
A	501 à 800	11,86 €	8,30 €
B	801 à 1 334	17,03 €	15,81 €
C	1 335 à 1 944	24,08 €	17,48 €
D	1 945 et +	30,23 €	22,60 €

## Extérieur :

CATÉGORIE	QUOTIENT	Journée mercredi et vacances	½ journée + repas (mercredi)
T	0 à 500	14,14 €	6,18 €
A	501 à 800	20,40 €	12,83 €
B	801 à 1 334	28,56 €	22,91 €
C	1 335 à 1 944	35,70 €	24,16 €
D	1 945 et +	40,80 €	30,50 €

## Extérieur avec PAI (panier-repas) :

CATÉGORIE	QUOTIENT	Journée mercredi et vacances	½ journée + repas (mercredi)
T	0 à 500	10,99 €	4,81 €
A	501 à 800	17,25 €	10,85 €
B	801 à 1 334	25,41 €	20,38 €
C	1 335 à 1 944	32,55 €	22,03 €
D	1 945 et +	37,65 €	28,14 €



<b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</b>	1 – ENFANT
	NOM : _____
	PRÉNOM : _____
	DATE DE NAISSANCE : _____
	GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE 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
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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 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 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 AIGÛ <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	

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

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

---

---

---

---

---

---

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

---

#### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) \_\_\_\_\_

*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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date :

Signature :

---

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

---

---

---

**OBSERVATIONS**

---

---

---

---


---

---



# FICHE D'INSCRIPTION

## 2023-2024

ENFANT	
Identité	Photo (*)
Nom :	
Prénom :	
Sexe :	
Naissance :	
A :	
Email :	
Tel :	

\* A fournir si manquant.

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE
Assureur :
Num :

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Profession :	Profession :
Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)	Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)
Date de naissance :	Date de naissance :
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	Type : Père / Mère / Autre (Précisez)
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :
Tél. Pro. :	Tél. Pro. :

**PERSONNES A CONTACTER**

**Contacts existants**

Nouveaux contacts			
Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON



INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	
Autorisations	Reponse
<b>Partir seul :</b> Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche).	OUI / NON
<b>Prise de photo :</b> Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.	OUI / NON
<b>Sport :</b> Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	OUI / NON
<b>Hospitalisation :</b> Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale... ) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant	OUI / NON

Appareillage	Reponse
<b>Lunettes :</b> Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?	OUI / NON
<b>Appareil dentaire :</b> Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?	OUI / NON
<b>Appareil auditif :</b> Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI / NON

Handicap	Reponse
<b>Handicapé :</b> Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?	OUI / NON

Données complémentaires

Informations médicales		
Médecin	Téléphone	Specialité

Allergies

Pratiques alimentaires

Vaccin	Fait le	Date rappel
Covid		
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite (DTCP)		
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus (DTCPH)		
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus, Hépatite B		
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP)		
Grippe		
Haemophilus influenzae b		
Hépatite A		
Hépatite B		
Méningocoque B		
Méningocoque C		
Papillomavirus humains		
Pneumocoque		
Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR)		
Tuberculose (BCG)		
Varicelle		
Autre		

Maladie	Date maladie	Observation

Contre-indication	Date de début	Date de fin	Observation

**ATTESTATION**

Nous soussignés (\*)

responsables légaux de l'enfant (\*)

- certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,
- nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

Responsable 1 (*)		Responsable 2	
Fait à :		Fait à :	
Date :		Date :	
Signature :		Signature :	

\* A remplir obligatoirement