



# "LE MERCREDI RÉCRÉATIF"

**Dossier à compléter :**

La fiche de suivi,  
L'autorisation parentale,  
La feuille de réservation à compléter et à nous remettre lors de l'inscription.

**Vous munir des pièces :**

Du justificatif de numéro allocataire CAF,  
Une photo de l'enfant,  
Photocopie de l'attestation d'assurance scolaire et extrascolaire  
Copie du carnet de vaccination.

**Pour mémoire**

Inscriptions le

MERCREDI 24 AOUT 2022 DE 9H À 12H
MERCREDI 31 AOUT 2022 DE 9H À 12H

QUOTIENT	TARIF	
	HOYMILLE	EXTERIEUR
0-399	7 €	8 €
400 à 799	7,50 €	8,50 €
800 à 1199	8,00 €	9,00 €
1200 à 1599	8,50 €	9,50 €
1600 et plus	9,00 €	10,00 €





**SUIVI DE  
L'ENFANT**

NOM : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

Garçon     Fille

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

**1- RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE: .....

CP : ..... VILLE : .....

TEL.FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

ADRESSE MAIL : .....

**PROFESSIONS ET EMPLOYEURS DES PARENTS :**

PERE : Profession : ..... MERE : Profession : .....

Employeur : .....                      Employeur : .....

N° allocataire CAF obligatoire : .....

**2- VACCINATIONS + copie du carnet obligatoire.**

Vaccins	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins	Oui	Non	Dates des derniers rappels
Diphthérie				Coqueluche			
Tétanos				Hépatite B			
Poliomyélite				Méningocoque C			
Rougeole				Pneumocoque			
Oreillons				Bactérie Haemophilus Influenzae			
Rubéole							

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

**3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

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 marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

L'enfant a-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : Oui  Non

Si oui joindre le PAI

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	VARICELLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ANGINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OTITE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ROUGEÛLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OREILLONS Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

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, REÉDUCATION) 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, ECT... PRÉCISEZ.

.....  
.....

NOM ET TEL. DU MÉDECIN TRAITANT :

.....  
.....

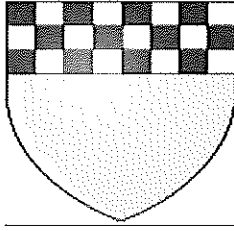
PERSONNES AUTRES QUE LES PARENTS AUTORISÉES À REPRENDRE L'ENFANT APRÈS L'ACCUEIL :

.....  
.....

Je soussigné, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :



**NOM/PRÉNOM DE L'ENFANT :**

**DATE DE NAISSANCE :**

**NOM DES PARENTS :**

**HABITANT :  HOYMILLE  EXTÉRIEUR**

**ACCUEIL DES MERCREDIS 2022**

	LE MATIN 7H30 à 13H00	L'APRES MIDI 13h00 à 18h30
MERCREDI 7 SEPTEMBRE		
MERCREDI 14 SEPTEMBRE		
MERCREDI 21 SEPTEMBRE		
MERCREDI 28 SEPTEMBRE		
MERCREDI 05 OCTOBRE		
MERCREDI 12 OCTOBRE		
MERCREDI 19 OCTOBRE		
MERCREDI 09 NOVEMBRE		
MERCREDI 16 NOVEMBRE		
MERCREDI 23 NOVEMBRE		
MERCREDI 30 NOVEMBRE		
MERCREDI 7 DECEMBRE		
MERCREDI 14 DECEMBRE		

Merci de cocher les cases correspondant à vos besoins

Règlements lors des inscriptions.

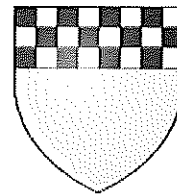
Fait à Hoymille le

Signature





110 Avenue A CARO  
59630 BOURBOURG  
Tél : 03.28.22.40.49  
bourbourg@proxiservices.org



## AUTORISATIONS

Nom de l'enfant : .....  
Prénom : .....  
Né le : ..... à .....  
Je soussignée Mr ou Mme .....

## Détail des autorisations

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Autorise<br><input type="checkbox"/> N'autorise pas | Le personnel à sortir mon enfant de l'enceinte de l'établissement pour les sorties en groupes.  |
| <input type="checkbox"/> Autorise<br><input type="checkbox"/> N'autorise pas | Le personnel à photographier ou filmer mon enfant dans la mesure où les films et images ne seront utilisés à aucun autre usage qu'un éducatif ou inhérent à la vie de l'établissement et de les diffuser sur les réseaux sociaux de la Commune et Proxiservices |
| <input type="checkbox"/> Autorise<br><input type="checkbox"/> N'autorise pas | La direction à consulter notre dossier allocataire afin d'identifier notre quotient familial et ainsi calculer le cout de la prestation.  |
| <input type="checkbox"/> Autorise<br><input type="checkbox"/> N'autorise pas | L'équipe de direction à prendre les mesures d'urgences en cas d'accident impliquant (hospitalisation, SAMU, pompiers).  |
| <input type="checkbox"/> Autorise<br><input type="checkbox"/> N'autorise pas | Mon enfant à rentrer seul après les activités.  |
| <input type="checkbox"/> Autorise<br><input type="checkbox"/> N'autorise pas | Le personnel à transporter ou faire transporter mon enfant dans des véhicules de l'établissement dans le cadre des sorties en groupes.  |
| <input type="checkbox"/> Autorise<br><input type="checkbox"/> N'autorise pas | Mon enfant à participer aux activités sportives.  |

Fait à : .....  
Le : .....  
Signature :

