

**FICHE  
D'INSCRIPTION**  
ANNÉE SCOLAIRE 2018-2019



**Accueil Éducatif Matin et Soir (A.E.M.S.)  
Accueil de Loisirs Sans Hébergement mercredi (A.L.S.H.)**

	<b>REPRÉSENTANT LÉGAL 1</b> Se désigne comme payeur et destinataire des factures	<b>REPRÉSENTANT LÉGAL 2</b>
NOM	.....	.....
PRÉNOM	.....	.....
ADRESSE	.....	.....
CODE POSTAL-VILLE	.....	.....
TÉL. DOMICILE	.....	.....
TÉL. PORTABLE	.....	.....
E-MAIL	.....@.....	.....@.....
PROFESSION	.....	.....
NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR	.....	.....
TÉL. TRAVAIL	.....	.....

**En cas de garde alternée et partage des frais, chaque parent doit remplir 1 fiche d'inscription.**

Semaines paires

Semaines impaires

**Les tarifs sont fonction du quotient familial.**

*ALSH mercredi - Tarif journée ou demi-journée*

*AEMS - Tarif horaire*

	<b>TOURS</b>	<b>HORS-TOURS</b>	<b>TOURS</b>	<b>HORS-TOURS</b>
8h-18h30 avec repas	entre 3,50 € et 15,40 €	entre 19,60 € et 31,50 €	entre 0,88 € et 1,34 €	entre 2,79 € et 3,23 €
8h-13h sans repas 13h30-18h30 sans repas	entre 1,75 € et 7,35 €	entre 13,85 € et 19,45 €		

Un tarif spécifique pourra être appliqué pour les enfants bénéficiant d'un P.A.I., (allergies alimentaires, diabète, ...) avec panier repas/goûter fourni par la famille.

**Pour calculer le tarif :**

- Je fournis une attestation CAF récente et autorise la conservation des données me concernant.
- Je communique mon n° allocataire CAF et autorise la consultation et la conservation des données me concernant.
- Si non allocataire CAF, je transmets mon dernier avis d'imposition et la fiche quotient familial (ci-jointe).

À défaut, le tarif maximum est appliqué.

**Pièces à remettre lors de l'inscription :**

- ▶ Décharge de responsabilité,
- ▶ Fiche sanitaire (se munir du carnet de santé de l'enfant)

**DOSSIER À REMPLIR  
ET À REMETTRE À L'OPÉRATEUR**  
**ASSOCIATION CHARLOTTE LOISIRS**  
17 rue Caulaincourt - 37100 TOURS  
02 47 41 05 19

CACHET DE L'OPÉRATEUR

ÉTAT CIVIL DE L'ENFANT	1 <sup>er</sup> ENFANT	2 <sup>e</sup> ENFANT	3 <sup>e</sup> ENFANT
Nom(s)			
Prénom(s)			
Date(s) de naissance			
<b>École(s) - Septembre 2018</b>			
Classe(s) - Septembre 2018			
Nécessité P.A.I. (allergies alimentaires, diabète, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ACCUEIL ÉDUCATIF (A.E.M.S.) avant et après la classe			
<b>Le matin</b> ■ 7h30 - 8h30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	à partir du ..... / ..... / .....	à partir du ..... / ..... / .....	à partir du ..... / ..... / .....
<b>Le soir</b> ■ 16h30 - 18h30 <i>ou</i> ■ 17h30 - 18h30 (si inscription à l'étude surveillée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	à partir du ..... / ..... / .....	à partir du ..... / ..... / .....	à partir du ..... / ..... / .....

ACCUEIL DE LOISIRS DU MERCREDI (A.L.S.H.) dans la limite des places disponibles			
<b>ALSH</b> .....			
<b>Mercredi avec repas</b> de 8h à 18h30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	à partir du ..... / ..... / .....	à partir du ..... / ..... / .....	à partir du ..... / ..... / .....
<b>Mercredi sans repas</b> de 8h à 13h <i>ou</i> de 13h30 à 18h30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	à partir du ..... / ..... / .....	à partir du ..... / ..... / .....	à partir du ..... / ..... / .....

**!** Ces demandes ne sont pas prioritaires et ne pourront être prises en compte qu'à partir du 21/06 en fonction des places restant disponibles.

**Avez-vous besoin d'une attestation de paiement/présence A.L.S.H. ?**     OUI     NON  
 (Pour obtenir une participation éventuelle de votre comité d'entreprise ou comme justificatif de frais de garde pour la prochaine déclaration de revenus)

**J'autorise**     OUI     NON  
 la publication de l'image de mon enfant prise dans le cadre des temps périscolaires ci-dessus désignés, sur les supports suivants notamment : journaux et brochures d'information associative ou municipale, site internet de la ville de Tours, reportages télévisés ayant pour objet la communication de la Ville de Tours et des services publics, dans le monde entier et pour la durée légale des droits.

**J'atteste** avoir pris connaissance du règlement intérieur et financier 2018-2019 relatif à ces deux activités, et à le respecter.  
 Il est consultable et téléchargeable sur [tours.fr](http://tours.fr)

**Je soussigné(e)** ....., responsable légal(e) de(des) l'enfant(s) à inscrire :

- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, notamment **l'adresse de mon domicile**
- m'engage à signaler tout changement dans ces renseignements qui interviendrait au cours de l'année
- m'engage pour le compte de tout autre titulaire de l'autorité parentale.

TOURS, le .....  
*Signature obligatoire,*

# DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ 2018-2019

## ALSH - AEMS

### L'ENFANT

Nom	Prénom	Date de naissance	École	PAI
				<input type="checkbox"/>

### LES REPRÉSENTANTS LÉGAUX

Nom	Prénom	Qualité (père, mère, tuteur)	Téléphone domicile	Téléphone portable	Téléphone travail

### PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT

**Mon enfant désigné ci-dessus peut être confié éventuellement aux personnes suivantes :**  
 Une pièce d'identité pourra leur être demandée.

Nom	Prénom	Qualité (père, mère, tuteur)	Téléphone domicile	Téléphone portable	Téléphone travail

### PERSONNES NON AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT :

Fournir une copie de la décision de justice concernant l'autorité parentale en cas de séparation.

### AUTORISATION DE RENTRER SEUL APRÈS L'ACTIVITÉ

Concerne les enfants de CP, CE1, CE2, CM1 et CM2

- Oui, j'autorise mon enfant dont le nom est précisé ci-dessus, à rentrer seul après l'activité. Il sera sous ma seule responsabilité durant le trajet du retour.
- Non, je n'autorise pas mon enfant à rentrer seul après l'activité.

En l'absence de choix, l'autorisation de rentrer seul sera supposée.

### ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE

**Je certifie** avoir souscrit un contrat d'assurance en responsabilité civile pour mon (mes) enfant(s) :

Nom de l'assurance..... N° du contrat : .....

### DROIT À L'IMAGE

**J'autorise**  OUI  NON la publication de l'image de mon enfant prise dans le cadre des temps périscolaires sur les supports suivants notamment : journaux et brochures d'information associative et municipale, site internet de la ville de Tours, reportages télévisés ayant pour objet la communication de la ville de Tours et des services publics, dans le monde entier et pour la durée légale des droits.

Tours, le.....  
 Signature :





# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

## DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT : ELLE ÉVITE DE VOUS DEMANDER DE SON CARNET DE SANTÉ.

## 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
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Polomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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 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		
ALLERGIES :	ASTHME <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ALIMENTAIRES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	MÉDICAMENTEUSES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	AUTRES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON					

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 ? oui  non

SI IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui  non

## 5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE (pendant le séjour) : \_\_\_\_\_

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : \_\_\_\_\_ BUREAU : \_\_\_\_\_

N° SÉCURITÉ SOCIALE : \_\_\_\_\_

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

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL :  DE LA CMU  D'UNE PRISE EN CHARGE S.S. À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

Je soussigné, .....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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

## A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES