

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

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

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

N° d'Immatriculation à la Sécurité Sociale et Caisse du Père ou Tuteur :

N° d'immatriculation à la Caisse d'Allocations Familiales de Valenciennes OBLIGATOIRE même si vous n'avez qu'un seul enfant (une carte et un n° vous ont été attribués par la C.A.F.)

### AUTORISATIONS

AUTORISENT (\*) mon - mes enfant(s) désigné(s) au verso à participer à :  
**PISCINE - SORTIES pendant la période de fonctionnement de l'Accueil Municipal de Loisirs**

AUTORISENT (\*) et DONNENT POUVOIR (\*) à la Direction de l' A.L.S.H. pour prendre les mesures d'urgence nécessaires en cas d'accident durant les heures d'ouverture de l'accueil. *Veillez signaler tout problème médical nécessitant une surveillance particulière (asthme, allergie, ...)*

AUTORISENT (\*) mon - mes enfant(s) désigné(s) au verso à rentrer au domicile en fin d'accueil de loisirs sans être accompagné(s)

AUTORISENT (\*) M. ou Mme ..... à reprendre mon - mes enfant(s) désigné(s) au verso en fin d'accueil de loisirs .

AUTORISENT (\*) la prise de photographies pour l'information municipale.

(\*) Rayer les mentions inutiles

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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : ..... Signature : .....



# VILLE DE ROEULX



## Centre Municipal de Loisirs 2011

### ENFANTS DE 3 A 6 ANS

L'Accueil Municipal de Loisirs sera ouvert du **LUNDI 18 au VENDREDI 29 AVRIL 2011, de 09H00 à 12H00 et de 14H00 à 17H00** et accueillera les enfants de 3 à 6 ans dans l'année (il faut avoir 3 ans à l'ouverture du centre).

**Le rassemblement des enfants se fera à la Cense aux Mômes.**

Ce formulaire devra être remis à la Mairie aux jours et heures ci-après accompagné du règlement (Vous êtes priés de faire l'appoint):

- **VENDREDI 25 MARS 2011**
- **VENDREDI 1ER AVRIL 2011**
- **SAMEDI 2 AVRIL 2011**
- **JEUDI 21 AVRIL 2011**  
*(si la deuxième semaine n'est pas encore payée)*

de 8h30 à 12h00

Pour la bonne organisation (prévision de l'encadrement), nous vous prions de respecter les horaires indiqués ci-dessus.

**Aucune inscription et aucun règlement ne seront pris après les dates, ainsi que le jour d'ouverture.**

Prévoir journallement une tenue de sport et chaussures de sport dans un sac.



**Ce bulletin d'inscription et cette fiche sanitaire de liaison sont à remettre en Mairie complétés des deux côtés le jour de l'inscription.**

**RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

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

N° d'Immatriculation à la Sécurité Sociale et Caisse du Père ou Tuteur :

N° d'immatriculation à la Caisse d'Allocations Familiales de Valenciennes OBLIGATOIRE même si vous n'avez qu'un seul enfant (une carte et un n° vous ont été attribués par la C.A.F.)

VOTRE ENFANT FREQUENTERA L'ACCUEIL ?				Du 18/04/11 au 22/04/11	Du 26/04/11 au 29/04/11
Nom de l'enfant	Prénom	Date Naissance	Lieu Naissance	REPOSE IMPERATIVE	

**PARTIE RESERVEE AUX SERVICES ADMINISTRATIFS DE LA MAIRIE  
(NE PAS REMPLIR)**

	Montant	Date de Paiement	Moyen Paiement
1ère Semaine			
2ème Semaine			
<b>TOTAL</b>			

La participation des familles est fixée comme suit :

- 14,50 € par semaine et par enfant, habitant ROEULX ou scolarisé à ROEULX
- 12,50 € par semaine et par enfant pour les familles ayant 2 enfants et plus
- 35,00 € par semaine et par enfant, pour les enfants n'habitant pas ROEULX et non scolarisés à Rœulx

Pour les assistés du Centre Communal d'Action Sociale (C.C.A.S.) et pour les enfants dont les parents sont chômeurs, ne percevant pas les allocations chômage :

- 12,50 € par semaine et par enfant.
- 10,00 € par semaine et par enfant, pour les familles ayant 2 enfants et plus.

Le remboursement d'une semaine entière ne se fera que sur présentation d'un certificat médical.



**VILLE DE ROEULX**

**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON**

I - ENFANT

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

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

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

GARÇON  FILLE

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.

**PRESENCE DE L'ENFANT AU CENTRE DE LOISIRS (Cocher les semaines de présence)**

Semaine 1	Semaine 2

**1 - 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
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				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

**2 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non

MEDICAMENTEUSES oui  non   
AUTRES .....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A 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.

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

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

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

N° d'Immatriculation à la Sécurité Sociale et Caisse du Père ou Tuteur :

N° d'immatriculation à la Caisse d'Allocations Familiales de Valenciennes OBLIGATOIRE même si vous n'avez qu'un seul enfant (une carte et un n° vous ont été attribués par la C.A.F.)

### AUTORISATIONS

AUTORISENT (\*) mon - mes enfant(s) désigné(s) au verso à participer à :  
**PISCINE - SORTIES pendant la période de fonctionnement de l'Accueil Municipal de Loisirs**

AUTORISENT (\*) et DONNENT POUVOIR (\*) à la Direction de l' A.L.S.H. pour prendre les mesures d'urgence nécessaires en cas d'accident durant les heures d'ouverture de l'accueil. *Veillez signaler tout problème médical nécessitant une surveillance particulière* (asthme, allergie, . . )

AUTORISENT (\*) mon - mes enfant(s) désigné(s) au verso à rentrer au domicile en fin d'accueil de loisirs sans être accompagné(s)

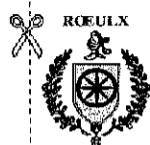
AUTORISENT (\*) M. ou Mme ..... à reprendre mon - mes enfant(s) désigné(s) au verso en fin d'accueil de loisirs .

AUTORISENT (\*) la prise de photographies pour l'information municipale.

(\*) Rayer les mentions inutiles

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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : ..... Signature : .....



# VILLE DE ROEULX



## Centre Municipal de Loisirs 2011

### ENFANTS DE 6 A 14 ANS INCLUS

L'Accueil Municipal de Loisirs sera ouvert du **LUNDI 18 au VENDREDI 29 AVRIL 2011, de 09H00 à 12H00 et de 14H00 à 17H00** et accueillera les enfants de 6 à 14 ans dans l'année (il faut avoir 6 ans à l'ouverture du centre).

**Le rassemblement des enfants se fera à la Salle des Fêtes.**

Ce formulaire devra être remis à la Mairie aux jours et heures ci-après accompagné du règlement (Vous êtes priés de faire l'appoint):

- **VENDREDI 25 MARS 2011**
- **VENDREDI 1ER AVRIL 2011**
- **SAMEDI 2 AVRIL 2011**
- **JEUDI 21 AVRIL 2011**  
*(si la deuxième semaine n'est pas encore payée)*

**de 8h30 à 12h00**

Pour la bonne organisation (prévision de l'encadrement), nous vous prions de respecter les horaires indiqués ci-dessus.

**Aucune inscription et aucun règlement ne seront pris après les dates, ainsi que le jour d'ouverture.**

Prévoir journallement une tenue de sport et chaussures de sport dans un sac.



***Ce bulletin d'inscription et cette fiche sanitaire de liaison sont à remettre en Mairie complétés des deux côtés le jour de l'inscription***

**RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

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

N° d'Immatriculation à la Sécurité Sociale et Caisse du Père ou Tuteur :

N° d'immatriculation à la Caisse d'Allocations Familiales de Valenciennes OBLIGATOIRE même si vous n'avez qu'un seul enfant (une carte et un n° vous ont été attribués par la C.A.F.)

VOTRE ENFANT FREQUENTERA L'ACCUEIL ?				Du 18/04/11 au 22/04/11	Du 26/04/11 au 29/04/11
Nom de l'enfant	Prénom	Date Naissance	Lieu Naissance	<b>REPOSE IMPERATIVE</b>	

**PARTIE RESERVEE AUX SERVICES ADMINISTRATIFS DE LA MAIRIE  
(NE PAS REMPLIR)**

	Montant	Date de Paiement	Moyen Paiement
1ère Semaine			
2ème Semaine			
<b>TOTAL</b>			

La participation des familles est fixée comme suit :

- 14,50 € par semaine et par enfant, habitant ROEULX ou scolarisé à ROEULX
- 12,50 € par semaine et par enfant pour les familles ayant 2 enfants et plus
- 35,00 € par semaine et par enfant, pour les enfants n'habitant pas ROEULX et non scolarisés à Rœulx

Pour les assistés du Centre Communal d'Action Sociale (C.C.A.S.) et pour les enfants dont les parents sont chômeurs, ne percevant pas les allocations chômage :

- 12,50 € par semaine et par enfant.
- 10,00 € par semaine et par enfant, pour les familles ayant 2 enfants et plus.

Le remboursement d'une semaine entière ne se fera que sur présentation d'un certificat médical.



**VILLE DE ROEULX**

**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON**

I - ENFANT

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

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

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

GARÇON  FILLE

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.

**PRESENCE DE L'ENFANT AU CENTRE DE LOISIRS (Cocher les semaines de présence)**

Semaine 1	Semaine 2

**1 - 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
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				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

**2 - 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 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"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non

MÉDICAMENTEUSES oui  non   
AUTRES .....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :