

**FICHE D'INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS  
DE SAINT OMER CAPELLE**

**PERIODE : du 01 août au 19 août 2022**

du 01 au 05 août     du 08 au 12 août     du 16 au 19 août

**HORAIRE DU CENTRE JOURNEE COMPLETE :**

9H00-17H00 (avec repas le midi)

Possibilité de garderie (gratuite et sur inscription uniquement) : Matin de 8H à 9H / Soir de 17H à 18H

**VOTRE ENFANT :**

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE COMPLETE :

Votre enfant porte-t-il des lunettes ?

OUI    NON

Si oui, doit-il les garder pour les activités extérieures ?

OUI    NON

Acceptez-vous la diffusion ainsi que la prise de photos de votre enfant

OUI    NON

Autorisez-vous votre enfant à participer à toutes les activités mises en place

OUI    NON

**PARENTS :**

**CAF de :**

**Numéro d'allocataire :**

NOM DU PERE :

PROFESSION :

NUMERO SECURITE SOCIALE :

N° TEL FIXE : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ TRAVAIL : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ PORTABLE :

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ADRESSE EMPLOYEUR :

NOM DE LA MERE :

PROFESSION :

NUMERO SECURITE SOCIALE :

N° TELEPHONE FIXE :

TRAVAIL :

PORTABLE :

ADRESSE EMPLOYEUR :

**Responsable légal de l'enfant :**

**AUTORISATION DE SORTIE**

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ autorise mon enfant \_\_\_\_\_ à utiliser les moyens de transports nécessaires pour les déplacements qui ont lieu dans le cadre des activités du centre de loisirs.

A la sortie du centre, votre enfant peut-il partir seul ?

Si non, nom de la personne reprenant l'enfant à la sortie :

Adresse et numéro de téléphone :

**Signature des parents ou du responsable légal:**

**DISPOSITIONS EN CAS D'ACCIDENT :**

En cas d'accident, le responsable du centre de loisirs prendra toutes les dispositions pour alerter le plus rapidement le SAMU ou les pompiers.

**Personne à prévenir :**

NOM :

Prénom :

Adresse :

Numéro de téléphone (portable et travail) :

**Médecin de famille :**

NOM :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Allergies éventuelles et médicaments à proscrire :

L'enfant suit-il un traitement ? Si oui, lequel ?

Hôpital ou clinique en cas d'hospitalisation ?

En cas d'absence de la personne responsable, j'autorise la directrice du centre à prendre contact avec le médecin de famille cité ci-dessus.

Je soussigné(e) M. ou Mme \_\_\_\_\_, certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur.

**Signature des parents ou du responsable légal:**

---

**TARIF JOURNEE COMPLETE**

<b>Quotient familial</b>	<b>Tarif Saint Omer Capelle, Vieille Eglise, Offekerque et Saint Folquin</b>	<b>Tarif extérieur aux communes ci-contre</b>
Inférieur à 300	35 € la semaine	54 € la semaine
de 300 à 600	37 € la semaine	56 € la semaine
de 600 à 900	39 € la semaine	58 € la semaine
Supérieur à 900	41 € la semaine	60 € la semaine

**Les chèques sont à établir à l'ordre du Trésor Public.**

---

**Fournir une photocopie de l'attestation d'assurance responsabilité civile, du carnet de vaccinations ainsi que la notification Aides aux Temps Libres pour les familles concernées.**