

FICHE INSCRIPTION DABO 2017

Parents :

NOM et prénom du père (ou tuteur) : NOM et prénom de la mère (ou tutrice) :
 Adresse : Adresse :
 N°Tél. : N°Portable : N°Téléphone: N°Portable :
 Profession : Email : Profession : Email :
 Nom & adresse de l'employeur du père : Nom & adresse de l'employeur de la mère :
 N° Tél. Prof. : N° Tél. Prof. :

Nom & N° de l'Assurance Responsabilité Civile ou Extra Scolaire : **N° d'allocataire CAF ou MSA:.....OBLIGATOIRE**

Arrêt de bus : Entourer votre choix :
 Dettwiller : **8h30** Steinbourg : **8h40** Monswiller : **8h50** Saverne : **9h00**
 (Présence souhaitée 10 min avant départ) Place Marie Curie (Collège) Place Mairie Rue de la gare (salle Zornhoff) Place Dragons (cosec)
 Retour : **18h30** Retour : **18h20** Retour : **18h10** Retour : **18h00**



ATTENTION : -Aux arrêts de bus, les parents seront responsables de leur (s) enfant(s) le matin jusqu'à la montée de(s) enfant(s) dans le bus et de la prise en charge par l'animateur, le soir à partir de la descente de(s) enfant(s) du bus. Pas d'accueil le matin avant le départ du bus ni le soir au retour du bus.

Nom – Prénom Enfant	Date naissance	Cochez 1 : la semaine de votre choix 2: les camps de la semaine correspondante			<u>Mon premier Camp / 6-9 ans</u>	<u>Mini-camp / + de 10 ans</u>
		Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Les mardis 11, 18 et 25 / 07	Les mercredis 12, 19 et 26 / 07 Les jeudis 20 et 27 / 07
		Semaine du 10/07 au 13/07				
		Semaine du 17/07 au 21/07				
		Semaine du 24/07 au 28/07				

A JOINDRE OBLIGATOIREMENT: *Acompte financier d'une valeur de **30 € par enfant et par semaine** pour valider l'inscription

*N° d'allocataire CAF ou MSA * Photocopie bulletin de santé de l'enfant (vaccins) * Fiche d'inscription et fiche sanitaire ci-jointe

INSCRIPTIONS UNQUEMENTA LA SEMAINE ! Une facture globale (inscription, mini-camps et acompte déduit) vous sera transmise à la fin du séjour de votre enfant.

Autorisation parentale : Je soussigné(e),.....

- autorise mon (mes) enfant(s) à rentrer seul(s) à la descente du bus le soir oui non
- autorise mon (mes) enfant(s) à participer aux activités, sorties et diverses animations organisées par le centre de loisirs oui non
- Je certifie avoir lu et approuvé le règlement intérieur du centre de loisirs de Dabo oui non
- J'autorise que mon enfant soit **filmé** et **photographié** dans le cadre des animations proposées par le Réseau Animation Jeunes oui non
- Ces images pourront être utilisées lors des expositions, tracts ou réunions organisés par le RAJ et diffusées sur le site internet RAJ

Date :

Signature :

FICHE SANITAIRE DABO 2017

	1 er enfant	2 ème enfant	3 ème enfant
Nom			
Prénom			
Date de naissance			
Lieu de naissance			
Vaccin : BCG Date dernier rappel	Oui Non	Oui Non	Oui Non
Vaccin : DTP Date dernier rappel	Oui Non	Oui Non	Oui Non

► L'enfant suit-il un traitement médical pendant le centre de loisirs ? Oui non

Si oui, préciser le prénom de l'enfant et joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice marqués au nom de l'enfant). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

.....

► L'enfant a-t-il une allergie (asthme, alimentaire, médicamenteuse) ? Oui Non

Si oui, préciser le prénom de l'enfant et préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (*si automédication le signaler*)

.....

► L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.

Préciser :

.....

► Autres observations :

► Médecin traitant : N°Tel :

Adresse :

► **Responsable de l'enfant :**

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. Domicile : Tél. Portable :

► **En cas d'urgence, prévenir :**

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. Domicile : Tél. Portable :

► **Autorisation parentale :**

Je soussigné (e),

Responsable de l'enfant déclare :

- exacts les renseignements portés sur cette fiche
- autorise le responsable du centre de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :