



L'Accueil Collectif de Mineurs de l'Étinbulle
Mercredis très aérés et vacances (stages et camps).

Bulletin d'inscription annuel

L'enfant

- Nom :
- Prénom :
- Date de naissance :
- Adresse :

Responsable légal 1

- Nom :
- Prénom :
- Père Mère Autre :
- Adresse (si différente de l'enfant) :
- Tel :
- mail :

Responsable légal 2

- Nom :
- Prénom :
- Père Mère Autre :
- Adresse (si différente de l'enfant) :
- Tel :
- mail :

Information de facturation

- Votre coefficient caf :

NB : la tarification dépend de votre coefficient, par défaut, vous serez enregistré dans la tranche supérieure.

Autorisations

Sanitaire

En cas de traitement médical, merci d'indiquer les coordonnées du médecin traitant :

- Autorise le référent sanitaire, à délivrer le traitement sous ordonnance.
- J'autorise, tout médecin à intervenir en cas d'urgence ; et si nécessaire sous anesthésie.

Photo et communication

L'association s'engage à respecter la vie privée et l'intégrité de votre enfant.

- Autorise l'usage de photos de mon enfant dans le cadre de la diffusion papier de l'association (*par ex : bulletin municipal, rapport d'activité, presse écrite, communication interne*).
- Autorise l'usage de photos de mon enfant dans le cadre de la communication numérique de l'association (*par ex : site web, réseaux sociaux*).

Fait le
Valable pour l'année civile en cours

Signature

Informations utiles

Le dossier et les pièces justificatives sont à fournir à la première inscription. Vous pouvez nous le retourner par mail à club-nature@etinbulle.com

ou en format papier par voie postale à l'Étinbulle,
115 La Mellerie
53140 Pré-en-Pail

Ou nous pouvons le constituer ensemble lors du premier accueil.

Pour toutes questions, vous pouvez nous joindre au 09 78 80 98 20

Pièces à fournir pour la constitution du dossier

- Attestation de coefficient CAF
- Justificatif de domicile
- Copie du carnet de santé (pages vaccin uniquement) ou attestation de vaccination éditée par votre médecin
- En cas de traitement joindre l'ordonnance à jour
- En cas de PAI, joindre les documents nécessaires

Modalités de règlement

L'inscription est valable à l'année, les séances sont facturées individuellement, payable en fin de journée.

Sur demande, facturation au trimestre possible.

Coordonnées bancaires :
Association l'Étinbulle

IBAN (International Bank Account Number)

FR76 1790 6000 9096 4356 8808 761

BIC (Bank Identification Code) **AGRIFRPP879**

Moyens de règlements

- Carte bancaire
- Chèque
- Chèques vacances/ tickets MSA
- Espèces
- Virement



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
 MEDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
 Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :