

**Dossier d'Inscription 6-12 ans**  
**Accueils de Loisirs EBULLISCIENCE® LYON**  
**- BERTHELOT -**  
**Vacances d'Été 2021**

<b>Dates</b>	<b>Thématiques</b>
12 au 16 juillet 2021 (attention semaine de 4 jours)	Science dans l'Histoire
19 au 23 Juillet 2021	Objet Robotisé : L'Ascenseur
26 au 30 Juillet 2021	Chimie
2 au 6 Août 2021	Instrument d'Optique

**24 places maximum disponibles par semaine**

**Horaires d'ouverture du centre : De 8h à 17h45**

**(Accueil de 8h à 9h et Sortie de 17h à 17h45)**

**Informations générales :**

Le stage a lieu **tous les jours de 8h00 à 17h45** dans les locaux de l'école BERTHELOT, 19 avenue Berthelot, 69007 LYON.

Il est possible de récupérer les enfants plus tôt dans la journée ou pour manger avec eux le midi. Il suffit de remettre une décharge écrite (à la personne en direction du centre pendant les vacances) désengageant ÉbulliScience® de sa responsabilité, en précisant le jour et heure concerné.

Les parents s'engagent à **fournir un repas pour le midi** (nous disposons de micro-onde et d'un frigo) à leur-s enfant-s, ainsi que les couverts et ustensiles nécessaires au repas.

**Le goûter est pris en charge par ÉbulliScience®.**

A la fin du centre, les familles peuvent demander au responsable du centre de loisirs de leur remettre la fiche sanitaire de leur enfant, s'ils souhaitent la conserver pour une prochaine inscription.



### **Modalités d'Inscriptions :**

Une inscription ne peut être confirmée qu'à la réception **du paiement** (cf. [Grille Tarifaire](#)) **et du dossier complet** (documents obligatoires : fiche d'inscription, fiche sanitaire, attestation de quotient familial si nécessaire) adressé à :

**ÉbulliScience®**  
**12 rue des Onchères**  
**BP 112**  
**69512 Vaulx-en-Velin**

Les familles peuvent également envoyer le dossier d'inscription par [mail](#) pour avoir une trace de l'envoi du dossier d'inscription en cas de soucis dans le transfert postal ou pour d'autres raisons.

Les locaux de l'association ÉbulliScience® (cf. adresse ci-dessus) sont aussi ouverts aux familles pour recevoir en main propre les dossiers d'inscription et paiement (type chèque vacances ou CB) du lundi au vendredi de 9h15 à 11h45 et de 13h45 à 16h30 (hors fermetures annuelles ou exceptionnelles).

Attention cependant, les dossiers ne seront pas forcément enregistrés de suite mais ils seront classés, par ordre chronologique jusqu'à leur traitement.

Pour tous renseignements, vous pouvez contacter ÉbulliScience® :

[alsh@ebulliscience.com](mailto:alsh@ebulliscience.com)  
06 41 18 03 14

## Fiche d'Inscription 6-12 ans – Berthelot – Été 2021

J'inscris mon enfant à / aux semaines suivantes : (cocher la ou les cases correspondantes) :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Semaine du 12/07/21 au 16/07/21 | <input type="checkbox"/> Semaine du 19/07/21 au 23/07/21 |
| <input type="checkbox"/> Semaine du 26/07/21 au 30/07/21 | <input type="checkbox"/> Semaine du 02/08/21 au 06/08/21 |

### Enfant :

Nom : ..... Prénom : .....  
 Date de naissance : .../.../..... Etablissement scolaire\* : .....

### Parents ou Tuteurs :

Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Téléphone : .....	Téléphone : .....
Email : .....	Email : .....

### **Autorisation de rentrer seul (cocher la case correspondante) :**

- Mon enfant rentre seul-e à partir de 17h       Je viens la ou le chercher entre 17h et 17h45

J'autorise les personnes suivantes (autre que les parents ou tuteurs) à récupérer mes enfants :

Nom : .....	Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....	Prénom : .....

### **Respect du cadre réglementaire et sanitaire (Cocher les cases et signer le document est obligatoire pour toutes les inscriptions) :**

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur des Accueils de Loisirs, disponible en libre-accès sur le [site internet](#) d'EbulliScience®, et m'engage à le respecter et à le communiquer à mon enfant.

Je donne autorisation à la personne en charge de la direction de l'Accueil de Loisir EbulliScience® – Berthelot, d'hospitaliser mon enfant au sein d'un hôpital public (ou privée si nécessaire) en cas d'urgence et après avoir préalablement contacté un service de secours (Pompiers et/ou Samu).

J'ai pris connaissance que, parfois, des sorties, organisées par EbulliScience®, peuvent être prévues durant la semaine de centre de loisirs, et je reconnais que je devrais obligatoirement signer l'autorisation de sortie qui me sera remis-e pour que mon enfant puisse participer.

Date : .../.../.....

Signatures :

\*Information optionnelle



## AUTORISATION DE PRISE DE VUE ET DE DIFFUSION (pour mineurs)

**Dans le cadre des Accueils de Loisirs EbulliScience®, votre enfant pourra être, sous réserve de cette autorisation signée, pris en photo/filmé...Après les vacances, et dans la mesure du possible, nous enverrons les photos de la semaine aux familles concernées. Également, via cette autorisation, vous acceptez que la photo de votre enfant puisse être publiée dans le cadre décrit ci-dessous.**

**Si vous choisissez de ne pas remplir ce document, nous ne prendrons aucune photo de votre enfant pendant sa semaine de centre.**

Je, soussigné(e), M. Mme ..... parent(s) ou responsable légal du  
mineur.....demeurant  
au.....

...autorise la prise de vue, la reproduction et la diffusion de l'image du mineur prise dans le contexte  
précédemment exposé.

Je déclare que la reproduction, la diffusion et l'exploitation de son image et de sa voix ne portent en aucun cas atteinte à sa vie privée et ne lui cause aucun préjudice.

J'autorise cette diffusion à titre gracieux sur les réseaux de diffusion d'ébulliScience (site internet <http://www.ebulliscience.com/>, facebook <https://www.facebook.com/ebulliscience>, etc.)

Je garantis ébulliScience contre tout recours ou action émanant de toute personne qui aurait des droits à faire valoir sur la présente autorisation de diffusion pendant la durée d'exploitation du film.

<b>La mère</b>	<b>Le père</b>	<b>Le-la responsable légal</b>
Nom, prénom :	Nom, prénom :	Nom, prénom :
date et signature :	date et signature :	date et signature :

Je, soussigné(e), (nom et prénom de l'enfant inscrit à l'alsh) .....,  
autorise la diffusion d'images me représentant dans le cadre du projet décrit ci-dessus.

## 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
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				<b>Hépatite B</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  
 MÉDICAMENTEUSES  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 : .....