

Dossier d'Inscription 3-5 ans
Accueils de Loisirs EBULLISCIENCE® LYON
- CHARIAL -
Vacances d'Automne 2020

| Dates | Thématiques |
|--------------------------|-----------------------|
| 19 au 23 Octobre 2020 | Le corps en mouvement |
| 26 au 30 octobre 2020 | MagiScience |

40 places maximum disponibles par semaines (dont 12 places maximum pour les enfants âgés de moins de 4 ans)

Horaire 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 Charial, 25 rue Antoine Charial, 69003 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, sélection des demi-journées, 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
06 41 18 03 14

Fiche d'Inscription 3 - 5 ans – Charial - Automne 2020

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

Semaine du 19/10/20 au 23/10/20

Semaine du 26/10/20 au 30/10/20

Enfant :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : .../.../.....

Etablissement scolaire* :

Mon enfant (cocher la case correspondante) :

Fait la sieste

Ne fait plus la sieste

Autre :

Parents ou Tuteurs :

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Téléphone :

Téléphone :

Email :

Email :

J'autorise les personnes suivantes 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® – Charial, 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

J'inscris mon enfant aux demi-journées suivantes :

| | Lundi 19/10 | Mardi 20/10 | Mercredi 21/10 | Jeudi 22/10 | Vendredi 23/10 |
|---------------------------|----------------|----------------|-------------------|----------------|-------------------|
| Matin 8h-12h00 | | | | | |
| Après-midi 13h30-17h45 | | | | | |
| Journée complète | | | | | |

| | Lundi 26/10 | Mardi 27/10 | Mercredi 28/10 | Jeudi 29/10 | Vendredi 30/10 |
|---------------------------|----------------|----------------|-------------------|----------------|-------------------|
| Matin 8h-12h00 | | | | | |
| Après-midi 13h30-17h45 | | | | | |
| Journée complète | | | | | |



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

Dans le cadre des Accueils de Loisirs ÉbulliScience®, 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.

| La mère | Le père | Le-la responsable légal |
|---------------------|---------------------|--------------------------------|
| 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.



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008*02

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

| VACCINS OBLIGATOIRES | oui | non | DATE DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|----------------------|-----|-----|---------------------------|----------------------------|-------|
| Diphthérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| Ou DT Polio | | | | Autres (préciser) | |
| Ou Tétracoq | | | | | |
| BCC | | | | | |

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

3 - 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 | OUÏ | NON | ANGINE | OUÏ | NON | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU | OUÏ | NON | SCARLATINE | OUÏ | NON |
| COQUELUCHE | OUÏ | NON | ROUGEOLE | OUÏ | NON | OREILLONS | OUÏ | NON | | | |

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À 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.

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

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

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui non
S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRÉNOM : _____
ADRESSE (pendant le séjour) : _____

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

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

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

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : DE LA CMU
 D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____ Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

