

***Dossier d'Inscription 3-5 ans***  
***Accueils de Loisirs EBULLISCIENCE® LYON***  
***- CHARIAL -***  
***Vacances d'Été 2021***

<b>Dates</b>	<b>Thématiques</b>
8 et 9 Juillet 2021 (attention que 2 jours de centre)	Découvertes scientifiques
12 au 16 juillet 2021 (attention semaine de 4 jours)	Air et Objets Volants
19 au 23 Juillet 2021	Elek et Magnette
26 au 30 Juillet 2021	Son et Musique
2 au 6 Août 2021	Science dans tous ses états

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

**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 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 demis-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](mailto:alsh@ebulliscience.com)

06 41 18 03 14

## Fiche d'Inscription 3 - 5 ans – Charial – Été 2021

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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Semaine du 08/07/21 et 09/07/21 | <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\* : .....

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 :**

	Jeudi 08/07	Vendredi 09/07
Matin 8h-12h00		
Après-midi 13h30-17h45		
Journée complète		

	Lundi 12/07	Mardi 13/07	Mercredi 14/07	Jeudi 15/07	Vendredi 16/07
Matin 8h-12h00			Féié		
Après-midi 13h30-17h45			Féié		
Journée complète			Féié		

	Lundi 19/07	Mardi 20/07	Mercredi 21/07	Jeudi 22/07	Vendredi 23/07
Matin 8h-12h00					
Après-midi 13h30-17h45					
Journée complète					

	Lundi 26/07	Mardi 27/07	Mercredi 28/07	Jeudi 29/07	Vendredi 30/07
Matin 8h-12h00					
Après-midi 13h30-17h45					
Journée complète					

	Lundi 02/08	Mardi 03/08	Mercredi 04/08	Jeudi 05/08	Vendredi 06/08
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.

## 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  
 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 :