



**Fiche d'Inscription 6-12 ans**  
**Accueils de Loisirs EBULLISCIENCE® LYON**  
**- BERTHELOT -**  
**Vacances d'Eté 2019**

| <b>Dates</b>                 | <b>Thématiques</b>   |
|------------------------------|----------------------|
| 8 au 12 juillet<br>2019      | Voyage dans le Temps |
| 15 au 19 juillet<br>2019     | Bio au Top !         |
| 22 au 26 juillet<br>2019     | MusiScience          |
| 29 juillet au 2<br>août 2019 | Volcan               |

**24 places maximum disponibles par semaines**

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

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

J'inscris mon enfant .....,  
né-e le..... à la (aux) semaine-s  
suivantes : (merci de cocher les cases correspondantes) :

|  |                          |
|--|--------------------------|
|  | 8 au 12 juillet<br>2019  |
|  | 15 au 19 juillet<br>2019 |
|  | 22 au 26 juillet<br>2019 |



|  |                              |
|--|------------------------------|
|  | 29 juillet au 2 août<br>2019 |
|--|------------------------------|

Établissement scolaire de mon enfant (champ non obligatoire. Cela nous permet de réaliser des diagnostics en partenariat avec la Ville de Lyon) :

.....  
.....

**Informations générales :**

Le stage a lieu **tous les jours de 8h00 à 17h45** dans les locaux de l'école Jules Verne, 13 rue Jules Verne, Lyon 3ème.

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 désengageant Ebulliscience® 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.

Le goûter est pris en charge par Ebulliscience®.

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.

**Fiches Contacts :**

NOM et PRÉNOM du-des parent-s, ou du responsable légal (Obligatoire) :

-

-

TÉLÉPHONE DU-DES PARENT-S, ou du responsable légal, (Obligatoire) :

-

-



E-MAIL du-des parents, ou du responsable légal, (obligatoire ou alors merci de préciser si vous ne disposez pas d'adresses mail personnelles) :

-

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

- J'autorise mon enfant à rentrer seul-e à partir de 17h00
- Je n'autorise pas mon enfant à rentrer seul-e et je m'engage à venir le chercher tous les jours entre 17h et 17h45.

Merci de mentionner les noms et prénoms des personnes autres que les parents (ou responsable légaux) pouvant venir récupérer les enfants :

Noms :

Prénoms :

Noms :

Prénoms :

**Les enfants sont sous la responsabilité d'EbulliScience®. Seules les personnes inscrites sur cette fiche pourront récupérer les enfants le soir à la sortie du centre.**

**Modalités d'Inscriptions :**

Une inscription n'est définitive qu'à la réception **du paiement et du dossier complet** (fiche d'inscription, fiche sanitaire, attestation de quotient familial si nécessaire et autorisation de prise de vue) adressé à :

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

Les familles peuvent également envoyer le dossier d'inscription par mail



([alsh@ebulliscience.com](mailto:alsh@ebulliscience.com)) pour avoir une trace de votre envoi de courrier en cas de soucis dans le transfert postal ou pour d'autres raisons.

Les locaux de l'association EbulliScience® (cf. adresse ci-dessus) sont aussi ouverts aux familles pour recevoir en main propre les dossiers d'inscription et paiement (type chèque vacances) du lundi au vendredi de 9h15 à 11h45 et de 13h45 à 16h30. Attention cependant, les dossiers ne seront pas forcément enregistrés de suite mais ils seront classés, par ordre chronologique jusqu'à leur traitement.

Hors de ces horaires, ou en cas d'absences imprévues du personnel de l'association, une boîte aux lettres verte est disponible devant le portail d'accès au parking (sur la droite lorsqu'on fait face au portail).

Pour tous renseignements, vous pouvez contacter EbulliScience® :  
alsh@ebulliscience.com  
06 51 57 14 84

**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® ([www.ebulliscience.com/accueils-de-loisirs](http://www.ebulliscience.com/accueils-de-loisirs)), 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 du-des parents, ou du  
responsable légal



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

**Dans le cadre des stage ébulliScience® votre enfant pourra être, sous réserve de cette autorisation, pris en photo/filmé... et sa photo publiée dans le cadre décrit ci-dessous.**

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 responsable légal</b> |
|---------------------|---------------------|-----------------------------|
| Nom, prénom :       | Nom, prénom :       | Nom, prénom :               |
| date et signature : | date et signature : | date et signature :         |

Je, soussigné(e), ....., autorise la diffusion  
d'images me représentant dans le cadre du projet décrit ci-dessus.

Date et signature de l'enfant mineur



# MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008\*02

## 1 - ENFANT

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : \_\_\_\_\_  
PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
GARÇON  FILLE

## 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          |     |     |                           |                            |       |
| BCG                  |     |     |                           |                            |       |

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   | VARICELLE   | ANGINE  | SCARLATINE  |
|---|---|---|---|
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE  | OTITE   | ROUGEOLE  | OREILLONS   |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_