

**Fiche d'Inscription**  
**Accueils de Loisirs EBULLISCIENCE® LYON**  
**- CHARIAL 3/5 ANS -**  
**Vacances d'Eté 2019**

<b>Dates</b>	<b>Thématiques</b>
8 au 12 juillet 2019	Science en fêtes
15 au 19 juillet 2019	Magie Science
22 au 26 juillet 2019	La nature de l'eau
29 juillet au 2 aout 2019	Lumières, Ombres et Couleurs
5 au 9 aout 2019	Petits et Petites chimistes

**32 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) journées/semaine-s  
suivantes : (merci de cocher les cases correspondantes) :

	Lundi 08/07	Mardi 09/07	Mercredi 10/07	Jeudi 11/07	Vendredi 12/07
Matin 8h-12h00					
Après-midi 13h30-17h45					
Journée complète 8h-17h45					

	Lundi 15/07	Mardi 16/07	Mercredi 17/07	Jeudi 18/07	Vendredi 19/07
Matin 8h-12h00					
Après-midi 13h30-17h45					
Journée complète 8h-17h45					

	Lundi 22/07	Mardi 23/07	Mercredi 24/07	Jeudi 25/07	Vendredi 26/07
Matin 8h-12h00					
Après-midi 13h30-17h45					
Journée complète 8h-17h45					

	Lundi 29/07	Mardi 30/07	Mercredi 31/07	Jeudi 01/08	Vendredi 02/08
Matin 8h-12h00					
Après-midi 13h30-17h45					
Journée complète 8h-17h45					

	Lundi 05/08	Mardi 06/08	Mercredi 07/08	Jeudi 08/08	Vendredi 09/08
Matin 8h-12h00					
Après-midi 13h30-17h45					
Journée complète 8h-17h45					

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

.....  
 .....

Merci de préciser obligatoirement si votre enfant :

- Fait la sieste
- Ne fait plus la sieste
- Autre : .....

**Informations générales :**

L'accueil de vos enfants a lieu tous les jours dans les locaux de l'école de l'école maternelle Charial, 25 rue Charial, 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](mailto: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® – 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 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 :



# 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 DÉMURIR 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
Diphérie				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	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

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