



Fiche d’Inscription
Accueils de Loisirs 3/5 ans
EBULLISCIENCE®
Automne 2017
Ecole Maternelle Charial

Dates	Nombres de places	thématiques
Du 23 au 27 octobre	16	Formes et constructions
Du 30 octobre au 03 novembre	16	Compter la science

J’autorise mon enfant

Date de naissance :

Etablissement scolaire d’origine :

à participer au(x) stages (merci de cocher les cases correspondantes) :

Attention, au minimum 3 demi-journées

	Lundi 23	Mardi 24	Mercredi 25	Jeudi 26	Vendredi 27
Matin 8h-12h00					
Après-midi 13h30-17 ^h 45					
Journée complète 8h-17h45					

	Lundi 30	Mardi 31	Mercredi 01 nov	Jeudi 02 nov	Vendredi 3 nov
Matin 8h-12h00					
Après-midi 13h30- 17h45					
Journée complète 8h-17h45					



L'inscription sera définitive à réception du chèque et des documents annexes (fiche d'inscription, fiche sanitaire, attestation de quotient familial et autorisation de prise de vue) adressé à :

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

Merci d'envoyer préalablement l'inscription par mail à :

alsh@ebulliscience.com

06 51 57 14 84

Stages de 4 jours journées complètes (30 octobre au 3 novembre)

Quotient Familial

0-420 = 106 euros (53 euros pour une semaine en demi-journées)

421-670 = 116 euros (58 euros)

671-950 = 123 euros (61,50 euros)

951-1240 = 130,50 euros (65 euros)

1241-1580 = 138 euros (69 euros)

au-delà = 150 euros (75 euros)

Stages de 5 jours journées complètes

Quotient Familial

0-420 = 131 euros (65,5 euros pour une semaine en demi-journées)

421-670 = 143 euros (71 euros)

671-950 = 152 euros (76 euros)

951-1240 = 161 euros (80,5)

1241-1580 = 170 euros (85 euros)

au-delà = 180 euros (90 euros)

Merci de nous joindre obligatoirement le document CAF attestant de votre quotient familial et la fiche sanitaire.



L'accueil de vos enfants a lieu tous les jours dans les locaux de l'école de l'école maternelle Charial, Lyon 3. Je m'engage à **fournir un repas froid pour le midi** (nous disposons d'un micro-onde et d'un frigo).

Le goûter est pris en charge par ébulliscience®

Nous disposons de couchettes pour les enfants souhaitant faire la sieste, afin de respecter le rythme de tous et toutes.

Rappel du cadre réglementaire et sanitaire :

- chaque parent ou responsable légal doit remplir une fiche sanitaire (une par enfant),
- aucun médicament ou traitement ne peut être donné sans certificat médical (le traitement et/ou médicament doit être gardé dans un endroit fermant à clef),
- notre trousse à pharmacie ne doit contenir que des pansements, compresses stériles, antiseptique incolore. Le paracétamol est interdit,
- un enfant malade peut ne pas être accepté en ALSH, afin d'éviter la contamination,
- en cas de maladie qui survient en cours de journée, le parent (ou la personne désignée) doit être prévenu dans les plus brefs délais et doit venir chercher l'enfant,
- en cas d'accident grave, le SAMU ou les pompiers doivent être prévenus immédiatement, puis les parents (ou la personne désignée) doivent être contactés dans les plus brefs délais.

Pendant le stage, des sorties peuvent être prévues. J'autorise mon enfant à y participer. Si je souhaite y participer, je m'engage à avertir l'équipe d'ébulliScience®.



Coordonnées et informations

NOM des parents ou du responsable légal:

PRENOM des parents ou du responsable légal :

TELEPHONE DES PARENTS :

E-MAIL des parents:

Merci de mentionner les noms et prénoms des personnes autres venant chercher les enfants :

Noms :

Prénoms :

Noms :

Prénoms :

Mon enfant :

- Fait la sieste
- Ne fait plus la sieste

Les enfants sont sous la responsabilité d'ébulliscience®. Seules les personnes inscrites sur cette fiche peuvent récupérer les enfants.

Date :

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 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
Diphtérie				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 OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	MÉDICAMENTEUSES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
			AUTRES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME ALIMENTAIRES MÉDICAMENTEUSES 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

