



**Fiche d'Inscription
Accueils de Loisirs EBULLISCIENCE
Automne 2017**

Programmation Ebulliscience®Charial

Dates	Nombres de places	thématiques
Du 23 au 27 octobre	12 pour les 6/8 ans 12 pour les 9/14 ans	Plateforme Numérique
Du 30 octobre au 3 novembre	12 pour les 6/8 ans 12 pour les 9/14 ans	Volcans

J'autorise mon enfant

Date de naissance :

Etablissement scolaire d'origine :

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

<input type="checkbox"/>	Du 23 au 27 octobre
<input type="checkbox"/>	Du 30 octobre au 3 novembre

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



La grille tarifaire appliquée :

Stages de 4 jours (30 octobre au 3 novembre)

Quotient Familial

0-420 = 95 euros

421-670 = 104 euros

671-950 = 110,5 euros

951-1240 = 117 euros

1241-1580 = 123,50 euros

au-delà = 130 euros

Stages de 5 jours (tous les autres stages)

Quotient Familial

0-420 = 117 euros

421-670 = 128 euros

671-950 = 136 euros

951-1240 = 144 euros

1241-1580 = 152 euros

au-delà = 160 euros

Merci de nous joindre obligatoirement le document CAF attestant de votre quotient familial.

L'accueil de vos enfants a lieu **tous les jours de 8h00 à 17h45** dans les locaux de l'école Charial, Lyon 3. Je m'engage à **fournir un repas froid pour le midi.**

Le petit déjeuner et le goûter sont pris en charge par ébulliscience®

Autorisation de rentrer seul-e (rayer la mention inutile)

- 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.



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.

Si des prises de vue sont réalisées pendant le stage, pour que mon enfant y figure, je m'engage à signer l'autorisation de diffusion distribuée.

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®.

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 :

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

Date :

Signatures :

Pour tous renseignements, vous pouvez contacter ébulliscience® :

alsh@ebulliscience.com

06 52 76 59 79



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.

La mère	Le père	Le responsable légal
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



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

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).

Table with 6 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATE DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT Polio, 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 ?

Form with checkboxes for RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, SCARLATINE, COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS.

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