

**Fiche d'Inscription**  
**Accueils de Loisirs EBULLISCIENCE LYON**  
**2018**

**Programmation Ebulliscience® Berthelot**  
**6/12 Ans**

<b>Dates</b>	<b>Thématiques</b>
2 au 5 Janvier	Parachutes et Montgolfières
12 au 16 Février	Electricité et Energies
19 au 23 Février	Photo et Cinéma
9 au 13 Avril	Théâtre d'Ombres
16 au 20 Avril	Châteaux forts, Ponts levis et Catapultes
9 au 13 juillet	Radiophonie
16 au 20 juillet	Equilibrium
23 au 27 juillet	La Science dans tous ses Etats
30 Juillet au 03 Aout	Inscriptions Possibles dans notre
6 au 10 Aout	ALSH de Charial

**24 places maximum disponibles par semaines**  
**Accueil de 8h à 17h45**  
**(Accueil de 8h à 9h et Sortie de 17h à 17h45)**



J'autorise mon enfant .....

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

	2 au 5 janvier
	12 au 16 février
	19 au 23 février
	9 au 13 avril
	16 au 20 avril
	9 au 13 juillet
	16 au 20 juillet
	23 au 27 juillet

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

**La grille tarifaire appliquée (10% de réduction à partir de la 2<sup>nd</sup> inscription sur l'année 2018) :**

**Stages de 4 jours (2 au 5 janvier 2018)**

**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 (toutes les autres semaines)**

**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.**

Le stage a lieu **tous les jours de 8h00 à 17h45** dans les locaux de l'école Berthelot, 19 avenue Berthelot, Lyon 7.

Les parents s'engagent à **fournir un repas froid pour le midi** (nous disposons d'un micro-onde et d'un frigo) à leur enfant. **Le goûter est pris en charge par Ebulliscience®**

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 51 57 14 84**



## 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



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.

Series of horizontal lines for writing health difficulties.

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

Series of horizontal lines for writing parental recommendations.

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

Series of horizontal lines for administrative use.