

**Fiche d'Inscription**  
**Accueils de Loisirs 3/5 ans**  
**EBULLISCIENCE® LYON**  
**2018**  
**Ecole Maternelle Charial**

Dates	Nombres de places	thématiques
Du 2 au 5 Janvier 2018	32	L'Etat de l'Eau

J'autorise mon enfant .....  
 Date de naissance :.....  
 Etablissement scolaire d'origine :.....  
 à participer au(x) stages (merci de cocher les cases correspondantes) :

Attention, inscription minimum à 3 demi-journées par semaine !

	Lundi 1	Mardi 2	Mercredi 3	Jeudi 4	Vendredi 5
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](mailto:alsh@ebulliscience.com)  
**06 51 57 14 84**

**La grille tarifaire appliquée (10% de réduction à partir du 2ème stage en inscription à la semaine complète !) :**

**Stages de 4 jours journées complètes**

**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)

**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, 31 rue 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	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	MÉDICAMENTEUSES	autres
	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	ALIMENTAIRES	AUTRES	
	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_