

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

Vacances d'Hiver 2020

Dates	Thématiques
24 au 28 Février 2020	Formes et Constructions
2 au 6 Mars 2020	Sciences en fêtes

40 places maximum disponibles par semaines (dont 12 places maximum pour les enfants âgés de moins de 4 ans)

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 24/02	Mardi 25/02	Mercredi 26/02	Jeudi 27/02	Vendredi 28/02
Matin 8h-12h00					
Après-midi 13h30-17h45					
Journée complète 8h-17h45					



	Lundi 2/03	Mardi 3/03	Mercredi 4/03	Jeudi 5/03	Vendredi 6/03
Matin 8h-12h00					
Après-midi 13h30-17h45					
Journée complète 8h-17h45					

Établissement scolaire de mon enfant (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 :

Le stage a lieu **tous les jours de 8h00 à 17h45** dans les locaux de l'école CHARIAL, 25 rue Charial 69003, Lyon.

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 (à la personne en direction du centre pendant les vacances) 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, ainsi que les couverts et ustensiles nécessaire.

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. Également merci de bien vouloir veiller à être bien lisible car votre confirmation d'inscription vous sera envoyée par mail à cette adresse) :

-

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 ne peut être confirmée qu'à la réception **du paiement** (cf. Grille Tarifaire : <https://www.ebulliscience.com/accueils-de-loisirs.html> → Rubrique Informations Pratiques en bas de page) **et du dossier complet** (documents obligatoires : fiches d'inscription, fiche sanitaire, attestation de quotient familial si nécessaire) 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) pour avoir une trace de l'envoi du dossier d'inscription en cas de soucis dans le transfert postal ou pour d'autres raisons.



Les inscriptions dans le centre de Charial 3/5 ans sont réservées uniquement aux enfants n'ayant pas encore atteint leur 6^{ème} anniversaire (mais qui ont atteint leur 3 ans) : aucune possibilité de dérogation ne sera possible !

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 ou CB) du lundi au vendredi de 9h15 à 11h45 et de 13h45 à 16h30 (hors fermetures annuelles ou exceptionnelles).

Attention cependant, les dossiers ne seront pas forcément enregistrés de suite mais ils seront classés, par ordre chronologique jusqu'à leur traitement.

Pour tous renseignements, vous pouvez contacter EbulliScience® :

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), 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® – Anatole France, 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 Accueils de Loisirs EbulliScience®, votre enfant pourra être, sous réserve de cette autorisation signée, pris en photo/filmé...Après les vacances, et dans la mesure du possible, nous enverrons les photos de la semaine aux familles concernées. Également, via cette autorisation, vous acceptez que la photo de votre enfant puisse être publiée dans le cadre décrit ci-dessous.

Si vous choisissez de ne pas remplir ce document, nous ne prendrons aucune photo de votre enfant pendant sa semaine de centre.

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'EbulliScience (site internet <http://www.ebulliscience.com/>, facebook <https://www.facebook.com/ebulliscience>, etc.)

Je garantis EbulliScience 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-la responsable légal
Nom, prénom :	Nom, prénom :	Nom, prénom :
date et signature :	date et signature :	date et signature :

Je, soussigné(e), (nom et prénom de l'enfant inscrit à l'alsh)

....., autorise la diffusion d'images me représentant dans le cadre du projet décrit ci-dessus.

Date et « signature » de l'enfant mineur



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008*02

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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
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 <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	MÉDICAMENTEUSES
	ALIMENTAIRES	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	AUTRES
		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	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

