

**TARIF  
UNIQUE**  
75 €  
LA SEMAINE



# APRÈS M'CRÉATIFS

**PETITES VACANCES  
SCOLAIRES  
(1<sup>ÈRE</sup> SEMAINE)**

**HIVER, PRINTEMPS,  
TOUSSAINT**

**À PARTIR DE 7 ANS**

**ANIMÉS PAR VIRGINIE FY,  
PEINTRE ET ILLUSTRATRICE**

**NOMBRE DE  
PLACES LIMITÉ**



RENSEIGNEMENTS : Mairie de La Crèche  
Tél. : 05 49 25 50 54  
[www.ville-lacreche.fr](http://www.ville-lacreche.fr)  Ville de La Crèche



# Liste des documents à fournir obligatoirement

- Fiche de renseignements (ci-jointe)
- Fiche sanitaire de liaison (ci-jointe)
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois
- Attestation d'assurance en responsabilité civile ou extrascolaire en cours \*

## SEMAINE CHOISIE

- Semaine 1  Semaine 2

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom, Prénom de l'enfant : .....  
Né(e) le : ..... Age : .....  
École et classe : .....

**RESPONSABLE LÉGAL 1 :** **Autorité parentale :** Oui Non (2)

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone domicile..... Téléphone portable.....

**Email domicile :** .....@..... **(obligatoire)**

Qualité : Père / Mère / Tuteur / Autre (précisez) (1)

Situation de famille Marié / Célibataire / Divorcé / Concubin / Séparé / Pacsé (1)

Profession .....

Employeur .....Téléphone professionnel .....

**RESPONSABLE LÉGAL 2 :** **Autorité parentale :** Oui Non (2)

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse (si différente) : .....

Téléphone domicile ..... Téléphone portable .....

Email domicile : .....@.....

Qualité : Père / Mère / Tuteur / Autre (précisez) (1)

Situation de famille Marié / Célibataire / Divorcé / Concubin / Séparé / Pacsé (1)

Profession .....

Employeur .....Téléphone professionnel .....

### PERSONNES AUTORISÉES A VENIR CHERCHER L'ENFANT en dehors des parents ou à contacter en cas d'urgence

Nom - Prénom : .....

Téléphone : ..... Lien de parenté : .....

*NB : Ces personnes habilitées à reprendre votre/vos enfants devront présenter leur pièce d'identité*

### AUTORISATION DE SORTIE

J'autorise mon enfant à rentrer seul à son domicile après les activités à 17 h 30 (2)

Si oui, quels jours (1) ? Lundi - Mardi - Mercredi - Jeudi - Vendredi

Je n'autorise pas mon enfant à rentrer seul après les activités à 17 h 30 (2)

### RÈGLEMENT INTÉRIEUR

J'ai pris connaissance règlement intérieur des Aprèm'Créatifs et je l'accepte

(1) entourez la réponse concernée

(2) cochez la réponse concernée

# AUTORISATION POUR REPRODUIRE OU DIFFUSER DES PHOTOS

Je soussigné(e) ..... autorise la Mairie de LA CRÈCHE à utiliser et diffuser à titre gratuit et non exclusif des photographies représentant....., réalisées pendant les activités relatives aux Aprèm'Créatifs ainsi qu'à exploiter ces clichés, en partie ou en totalité, à des fins de promotion des projets municipaux. (2)

Les photographies susmentionnées sont susceptibles d'être reproduites sur les supports suivants :

- Publication dans le bulletin municipal
- Publication dans la presse locale
- Publication sur la page Facebook de la Ville

Je refuse que mon enfant soit photographié (2)

Date :

Signature

## FACTURATION

Le paiement des prestations s'effectue à réception de la facture, établie par la Mairie et adressée par la trésorerie de La Crèche, par chèque, numéraires ou carte bancaire.

Tarif 2018/2019 : 75 € par enfant et par semaine.

## ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis

Date

Signature

**L'ensemble du dossier complété et signé doit être déposé à  
l'accueil de la Mairie avant le :**

**Vendredi 29 janvier 2021**

**Tout dossier incomplet ne sera pas  
pris en compte.**

Horaires de la Mairie :

Lundi : Fermé / 14 h - 17 h

Mardi : 8 h - 12 h / 14 h - 17 h

Mercredi : 8 h - 12 h / 14 h - 17 h

Jeudi : Fermé / 14 h - 17 h

Vendredi : 8 h - 12 h / 14 h - 17 h

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONQUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

**I . ENFANT** NOM : ..... PRENOM : .....  
 SEXE  GARÇON  FILLE  DATE DE NAISSANCE : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**II. VACCINATIONS**  
*(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)*

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES		DATES
	ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVARIOLIQUE	
Du DT polio			___/___/___
Du DT coq			___/___/___
D'une prise polio			___/___/___
			___/___/___
			___/___/___

  

1 <sup>er</sup> VACCIN	VACCIN	ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS
		DATES	DATES	
REVACCINATION	1 <sup>er</sup> RAPPEL	___/___/___	___/___/___	___/___/___

SIL'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ? .....

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
.....	.....	___/___/___

**III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**  
 L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
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"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
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"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :  
 (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

.....  
 .....  
 .....

**IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :**

.....  
 .....  
 .....

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT ?  non  oui   
 SI OUI, LEQUEL ? .....  
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?  non  occasionnellement  oui   
 S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ?  non  oui

**V. RESPONSABLE DE L'ENFANT**  
 NOM : ..... PRENOMS : .....  
 ADRESSE (pendant la période du séjour) : .....

N° DE S.S. \_\_\_\_\_ N° DE TEL \_\_\_\_\_ DOMICILE \_\_\_\_\_ BUREAU \_\_\_\_\_

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : .....  
 Je soussigné, responsable 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 : .....

**PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR**

LIEU DU SEJOUR : ..... Cachet de l'Organisme (siège social)  
 .....  
 .....  
 .....

ARRIVEE LE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 DEPART LE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR**

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)  
 PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

.....  
 .....  
 .....