

TARIF
UNIQUE
75 €
LA SEMAINE



Ateliers **CREATIFS**

PETITES VACANCES
SCOLAIRES

HIVER, PRINTEMPS,
NOËL

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

 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 *

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

EmployeurTéléphone 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

EmployeurTéléphone 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 :

Lundi 4 février 2019

**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

CERFAN ° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONÇUE 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	AUTRES VACCINS	
Du DT polio	DATES		DATES	VACCINS	DATES
Du DT coq	VACCIN				
Du Tétracoq	1 ^{er} RAPPEL				
D'une prise polio	RAPPELS				

SI L'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 SUIV-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)

.....

