



FICHE INSCRIPTION ET RENSEIGNEMENTS

Accueil Service Minimum Personnel Mobilisé COVID-19

VACANCES SCOLAIRES DU 11 AU 24 AVRIL 2020

INFORMATION SUR L'ACCUEIL

- LIEU :** Centre Aéré de la Grange Puton – Route d'Hérival
88200 REMIREMONT
- AMPLITUDE HORAIRE D'ACCUEIL :** De 6h à 20 h (repas préparés et pris sur place sauf week-end et le lundi 13 avril, repas tirés du sac)
- Fournir attestation de l'employeur obligatoirement** (attestation dérogatoire professionnelle, fiche de salaire, etc.)
- Contacts :** centre.social@remiremont.fr / 06-63-42-04-69

INSCRIPTION :

Merci de bien vouloir compléter le planning d'accueil prévisionnel ci-après avec les horaires d'arrivée et de départ :

Semaine du samedi 11 au vendredi 17 avril 2020 :

| | Sam.11/04 | Dim.12/04 | Lun.13/04 | Mar.14/04 | Mer.15/04 | Jeu.16/04 | Ven.17/04 |
|---------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Heure arrivée | | | | | | | |
| Heure départ | | | | | | | |

Semaine du samedi 18 au vendredi 24 avril 2020 :

| | Sam.18/04 | Dim.19/04 | Lun.20/04 | Mar.21/04 | Mer.22/04 | Jeu.23/04 | Ven.24/04 |
|---------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Heure arrivée | | | | | | | |
| Heure départ | | | | | | | |

**EN CAS DE MODIFICATION DE PLANNING, D'ABSENCE OU DE PRÉSENCE NON PRÉVUE
MERCİ DE PRÉVENIR AUX CONTACTS CI-DESSUS.**

OBSERVATIONS

| |
|--|
| |
|--|

RENSEIGNEMENTS FAMILLE

NOM DE L'ENFANT PRÉNOM..... NÉ LE :.....
AGE

Parents ou Représentant légal

| PÈRE | MÈRE |
|-----------------------------|-----------------------------|
| NOM-PRÉNOM : | NOM-PRÉNOM : |
| ADRESSE : | ADRESSE : |
| EMPLOYEUR :..... | EMPLOYEUR..... |
| TEL DOMICILE..... | TEL DOMICILE..... |
| TEL MOBILE : | TEL MOBILE : |
| TEL PROFESSIONNEL :..... | TEL PROFESSIONNEL : |
| E-MAIL | E-MAIL |

INFORMATIONS MÉDICALES

NOM DU MÉDECIN TRAITANT : TEL :

Date du dernier rappel du vaccin antitétanique (rappel tous les 5 ans) :

Régime alimentaire : SANS PORC SANS VIANDE
 AUTRE :

ALLERGIE ALIMENTAIRE : Précisez

En cas d'allergie avérée interdisant la prise de certains aliments, **un panier repas sera fourni par les parents.**

Enfant en situation de handicap : OUI NON
Si oui, précisez :

Modalités d'accueil particulières : OUI NON

Recommandations particulières (traitement en cours, précautions particulières, allergies autres qu'alimentaire)

.....

.....

Nota :Aucun médicament ne sera administré durant les accueils, le personnel d'encadrement n'étant pas habilité à la faire. Il appartient à la famille de le signaler au médecin traitant.

AUTORISATIONS

PERSONNES AUTORISÉES

En cas d'accident ou d'enfant malade pendant le temps de l'accueil, si nous ne pouvons vous joindre, merci de préciser quelles sont les personnes à contacter et le cas échéant, autorisées à venir chercher l'enfant.

| NOM | PRENOM | LIEN DE PARENTÉ | TÉLÉPHONE FIXE | TÉLÉPHONE MOBILE |
|-----|--------|-----------------|----------------|------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Je soussigné

représentant légal de l'enfant.....,

certifie l'exactitude des données ci-dessus et m'engage à transmettre toute modification aux services en cours d'année.

A, le

Signature des parents ou du Représentant Légal,

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Nous soussignés, Mr/Mme autorisons

l'anesthésie de l'enfant..... au cas où,

victime d'un accident, d'une maladie aiguë à évolution rapide, il aurait à subir une intervention chirurgicale.

A, le

Signature des parents ou du Représentant Légal,

DROIT À L'IMAGE

Dans le cadre des activités, il est possible d'être amené à utiliser des photos prises lors du temps d'accueil pour des publications d'informations (bulletin municipal, presse locale...). La loi faisant obligation d'avoir votre autorisation écrite pour cette utilisation, nous vous serions reconnaissant de bien vouloir compléter le talon ci-dessous.

Nous soussignés, Mr/Mme responsable(s)

légal(aux) de l'enfant

Autorisons

N'autorisons pas

l'utilisation et la diffusion de photo ou vidéo où apparaît notre enfant prise pendant le temps d'accueil au service minimum d'accueil mis en place du 11 au 24 avril 2020.

A, le

Signature des parents ou du Représentant Légal,