



Saint Folquin

LA COMMUNE DE SAINT FOLQUIN
ORGANISE SON CENTRE DE LOISIRS DU
10 JUILLET 2023 AU 28 JUILLET 2023



**1 ACCUEIL DE 4 ANS A 11 ANS
DU LUNDI AU VENDREDI DE 9H A 17H**

GARDERIE DE 8H00 A 9H00

GARDERIE DE 17H00 A 18H00

**1 ACCUEIL CAJ DE 12 ANS A 16 ANS
DU LUNDI AU VENDREDI DE 10 H00 A 18H00**

PROXISERVICES ENFANCE JEUNESSE



Saint Folquin



Dossier à compléter :

**La fiche de suivi,
L'autorisation parentale,
La feuille de réservation à compléter et à nous remettre lors de l'inscription.
Règlement obligatoire à l'inscription.**

Vous munir des pièces :

**Du justificatif de numéro allocataire CAF,
Une photo de l'enfant,
Photocopie de l'attestation d'assurance scolaire et extrascolaire
Copie du carnet de vaccination.
Carte identité obligatoire pour sortie du territoire**

QUOTIENT FAMILIAL	SAINTE-FOLQUIN - SAINT OMER CAPELLE 5 JOURS	SAINTE-FOLQUIN - SAINT OMER CAPELLE 4 JOURS	EXTERIEURS 5 JOURS	EXTERIEURS 4 JOURS
INFÉRIEUR À 500	49	39.20	69	55,2
DE 500 À 700	51	40.80	71	56,8
DE 700 À 900	52	41.60	72	57,6
DE 900 À 1300	53	42.40	73	58,4
SUPÉRIEUR À 1300	55	44	75	60

INSCRIPTIONS LE

MERCREDI 17 MAI 2023 DE 9H À 11 H

MERCREDI 24 MAI 2023 DE 16H À 18 H

SAMEDI 3 JUIN DE 9H À 11H

PROXISÉVICES ENFANCE JEUNESSE



SUIVI DE L'ENFANT

NOM :
 PRENOM :
 DATE DE NAISSANCE :

Garçon Fille

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les vacances de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

1- RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOM :

ADRESSE:

CP : VILLE :

TEL.FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

ADRESSE MAIL :

PROFESSIONS ET EMPLOYEURS DES PARENTS :

PERE : Profession : MERE : Profession :

Employeur : Employeur :

N° allocataire CAF obligatoire :

2- VACCINATIONS + copie du carnet obligatoire.

Vaccins	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins	Oui	Non	Dates des derniers rappels
Diphtérie				Coqueluche			
Tétanos				Hépatite B			
Poliomyélite				Méningocoque C			
Rougeole				Pneumocoque			
Oreillons				Bactérie Haemophilus Influenzae			
Rubéole							

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant les vacances ? 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 un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : Oui Non

Si oui joindre le PAI

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	VARICELLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ANGINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ÖTITE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ROUGEÖLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OREILLONS Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME : Oui Non

MEDICAMENTEUSES : Oui Non

ALIMENTAIRES : Oui Non

AUTRES :

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

.....
.....

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

.....
.....

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ECT... PRECISEZ.

.....
.....

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT :

.....
.....

PERSONNES AUTRES QUE LES PARENTS AUTORISEES A REPENDRE L'ENFANT APRES L'ACCUEIL :

.....
.....

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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :