



MAISON DES JEUNES ET DE LA CULTURE

maison pour tous

414, rue de Dombes – 01330 Villars les Dombes

DOSSIER D'INSCRIPTION

RETOUR AVANT LE 17 JUILLET 2020

**Mon dossier est complet si les documents ci
dessous sont joints**

- Photocopie feuillet de vaccinations
- Autorisation parentale 2020/2021 pour l'utilisation de l'image
- 1 Fiche sanitaire complétée par enfant

A rajouter dans le dossier

- La feuille des accompagnements aux activités extrascolaire (uniquement lors du péri-scolaire) **attention il y a changement d'horaires**
- La feuille semainier péri-scolaire

Directrice : JOSSERAND Aurore
Centre de loisirs de VILLARS LES DOMBES
414 rue de dombes
04-74-98-16-29
Mail : cdl@mjc-villars-les-dombes.fr

PARENT 1:

NOM:

Prénom:

Adresse:

.....

Profession:.....

Tél professionnel:.....

Tél domicile:

Tél Portable:

Mail :

PARENT 2:

NOM:

Prénom:

Adresse:

.....

Profession:.....

Tél professionnel:.....

Tél domicile:

Tél Portable:

Mail :

Caisse versant les prestations	CAF N°allocataire	MSA	AUTRE
	N°		

Personne à joindre pendant la journée si différent de ci-dessus:

NOM / Prénom :.....

Adresse :.....

Téléphone :.....

AUTORISATION DES PARENTS:

Je soussigné,

* autorise le centre de loisirs à demander à la CAF via le dispositif CAF pro mon quotient familial

* autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées dans le cadre du CDL et autorisées par la réglementation (y compris les transports)

* autorise la directrice du CDL à prendre toutes mesures qu'elle jugerait utile au cas où mon enfant aurait besoin de soins urgents

* certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur du CDL et en accepter les termes

* La personne signataire du dossier d'inscription donne son consentement au traitement de ses données personnelles dans le strict respect du RGPD

Fait à, le

Signatures des parents

ENFANT 1

NOM de l'enfant : Prénom :
Date de naissance : / / Âge : ANS
Sexe : Fille - Garçon (*entourez la mention retenue*)
Niveau à la rentrée scolaire de Septembre 2020(ex PS – MS...- CM2) :

Est autorisé à :

sortir accompagné de : (seulement les personnes majeurs sont autorisées)

NOM / Prénom :.....Tel :

NOM / Prénom :.....Tel :

NOM / Prénom :.....Tel :

ENFANT 2

NOM de l'enfant : Prénom :
Date de naissance : / / Âge : ANS
Sexe : Fille - Garçon (*entourez la mention retenue*)
Niveau à la rentrée scolaire de Septembre 2020 (ex PS – MS...- CM2) :

Est autorisé à :

sortir accompagné de : (seulement les personnes majeurs sont autorisées)

NOM / Prénom :.....Tel :

NOM / Prénom :.....Tel :

NOM / Prénom :.....Tel :

ENFANT 3

NOM de l'enfant : Prénom :
Date de naissance : / / Âge : ANS
Sexe : Fille - Garçon (*entourez la mention retenue*)
Niveau à la rentrée scolaire de Septembre 2020 (ex PS – MS...- CM2) :

Est autorisé à :

sortir accompagné de : (seulement les personnes majeurs sont autorisées)

NOM / Prénom :.....Tel :

NOM / Prénom :.....Tel :

NOM / Prénom :.....Tel :

(Au-delà de 3 enfants , merci de compléter leur identité sur papier libre)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant l'accueil de l'enfant.

Elle doit être impérativement accompagnée de la photocopie de la rubrique « vaccinations » du carnet de santé

ENFANT

Nom		Prénom	
Sexe		Date de naissance	

VACCINATIONS

La photocopie des feuillets « vaccinations » du livret de santé est-elle jointe

OUI

NON

Si l'enfant n'est pas vacciné, précisez pourquoi :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

A-t'il eu des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opération, rééducation)

Nature	Date

RECOMMANDATIONS DES PARENTS

.....

.....

RENSEIGNEMENTS DIVERS

L'enfant suit-il actuellement un traitement ?

OUI

NON

Si oui, lequel ?.....

Si l'enfant doit suivre un traitement, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom		Prénom	
Adresse			
	Téléphone mobile	Téléphone domicile	Téléphone professionnel
Père			
Mère			

RENSEIGNEMENTS EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT

Coordonnées du médecin traitant (nom, adresse, **téléphone**)

.....

.....

.....

Date:

Signature:

Semainier périscolaire CDL



NOM
PRENOM
Classe:
N° Tel:

INSCRIPTION ANNEE 2020-2021

SEMAINE PERISCOLAIRE

Horaires	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
7h00-8h30				
7h30-8h30				
8h-8h30				
16h30-17h30				
17h30-18h				
18h-18h30				
18h30-19h				

MERCREDI

	avec repas	sans repas
Matin		
Après-midi		
Journée		

Merci de cocher les cases correspondantes
Prévenir 14 jours à l'avance pour toutes modifications de planning



LES ACCOMPAGNEMENTS AUX ACTIVITES SPORTIVE ET CULTURELLE

Durant l'année mon enfant pratiquera une activité sportive ou culturelle et le centre de loisirs sera chargé de l'accompagner.

L'enfant sera désinscrit du centre de loisirs dès qu'il sera déposé à son activité et sera sous la responsabilité de l'intervenant jusqu'à ce qu'un animateur le récupère.

Merci de prendre en compte le fait que votre enfant pourra être amené avec 5 min de retard à son activité, au vu du nombre important d'accompagnement.

Attention:

Nous assurons uniquement les accompagnements de 13h30 à 19h00,

Les accompagnements au tennis et à la piscine ne sont pas effectués,

Nous assurons uniquement le transfert de l'enfant du cdl auprès de l'intervenant, l'enfant sera sous la surveillance de l'intervenant qui prendra en charge son temps de préparation (habillage, passage aux toilettes, bouteille eau...)

Merci de nous prévenir des annulations ou changements d'horaire des cours

Mon enfant

JOUR	ACTIVITE	HORAIRE	Entre 13h30 et 19h00	ACCOMPAGNE PAR	RECUPERE PAR
LUNDI					
MARDI					
MERCREDI					
JEUDI					
VENDREDI					

REMARQUE : (Merci d'indiquer la date de la 1^{ère} séance pour chaque activité)

Lu et approuvé(signature)