



Mairie de Gex  
77, rue de l'Horloge  
01170 GEX  
☎ : 04 50 42 63 00  
✉ : 04 50 41 68 77  
mairie@ville-gex.fr

## DEMANDE D'INSCRIPTION

Accueil Collectif de Mineurs

« La Buissonnière »

**MERCREDIS**

**2018/2019**

### SERVICE ÉDUCATION ET SPORTS

La Famille	Nom et prénom des responsables légaux		Téléphones
	1		
	2		

NOM et PRENOM de l'enfant	Date de naissance ET âge	école fréquentée	Niveau de classe	régime spécifique*	
				PAI	SANS PORC
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\***Régime spécifique** (veuillez cocher la case si nécessaire) : PAI (protocole établi avec le médecin personnel), en dehors de ces deux exceptions, aucune modification de menus n'est acceptée.

### RAPPEL DES MODALITÉS D'INSCRIPTION À L'ACCUEIL DE LOISIRS

- Les créneaux horaires réservés sont facturés que l'enfant soit présent ou non sauf en cas d'annulation 7 jours avant par courrier ou mail : [mairie@ville-gex.fr](mailto:mairie@ville-gex.fr)
- Les inscriptions suivantes sont possibles :
  - une demi-journée sans repas de (7h30- 9h00) à 12h00 et de 14h00 à (17h00 - 18h30)
  - une demi-journée avec repas de (7h30- 9h00) à 14h00 et de 12h00 à (17h00 - 18h30)
  - une journée de 7h30- 9h00 à 17h00 - 18h30
  - Accueil minimum à la journée de 9h00 -17h00
- Toute ½ heure entamée au-delà de ces minima sera facturée en sus. L'accueil de loisirs ouvre à 7h30 et ferme ses portes à 18h30.
- Toute modification apportée au dossier sera à signaler au responsable de l'accueil de loisirs par mail :
- **[Responsable.alsh@ville-gex.fr](mailto:Responsable.alsh@ville-gex.fr)**

### ➤ INSCRIPTION IDENTIQUE À TOUS LES ENFANTS DE LA FAMILLE

Cocher les cases qui vous correspondent

#### INSCRIPTION

- |                                    |   |   |
|------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> à l'année | <input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> trimestre (sept à déc)     | <input type="checkbox"/> <b>A la carte</b> : inscription au centre de loisirs<br>(accueil en fonction des places disponibles) |
|                                    | <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> trimestre (janv à avril)  |   |
|                                    | <input type="checkbox"/> 3 <sup>ème</sup> trimestre (mai à juillet) |   |

#### PRESENCE :

- |  |  |                                  |
|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Matin avec repas      | <input type="checkbox"/> Matin sans repas      |                                  |
| <input type="checkbox"/> Après-midi avec repas | <input type="checkbox"/> Après-midi sans repas | <input type="checkbox"/> Journée |

Fait à Gex, le

Signature des responsables légaux :

## ➤ INSCRIPTIONS DIFFÉRENTES POUR CHAQUE ENFANT DE LA FAMILLE

---

**NOM et PRENOM du 1<sup>er</sup> enfant :**

- à l'année
- 1<sup>er</sup> trimestre (sept à déc)
- 2<sup>ème</sup> trimestre (janv à avril)
- 3<sup>ème</sup> trimestre (mai à juillet)
- A la carte** : inscription au centre de loisirs  
(accueil en fonction des places disponibles)

**PRESENCE :**

- Matin avec repas
- Matin sans repas
- Après-midi avec repas
- Après-midi sans repas
- Journée

**NOM et PRENOM du 2<sup>ème</sup> enfant :**

- à l'année
- 1<sup>er</sup> trimestre (sept à déc)
- 2<sup>ème</sup> trimestre (janv à avril)
- 3<sup>ème</sup> trimestre (mai à juillet)
- A la carte** : inscription au centre de loisirs  
(accueil en fonction des places disponibles)

**PRESENCE :**

- Matin avec repas
- Matin sans repas
- Après-midi avec repas
- Après-midi sans repas
- Journée

**NOM et PRENOM du 3<sup>ème</sup> enfant :**

- à l'année
- 1<sup>er</sup> trimestre (sept à déc)
- 2<sup>ème</sup> trimestre (janv à avril)
- 3<sup>ème</sup> trimestre (mai à juillet)
- A la carte** : inscription au centre de loisirs  
(accueil en fonction des places disponibles)

**PRESENCE :**

- Matin avec repas
- Matin sans repas
- Après-midi avec repas
- Après-midi sans repas
- Journée



**Fait à Gex, le**

**Signature des responsables légaux :**





**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

N° IDENTIFIANT : \_\_\_\_\_

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? 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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
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"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	ORITE	ROUGEOLE	OREillons	
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"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :  
LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.



4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS  
VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...  
PRÉCISEZ.

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) .....

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

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) .....

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 : .....

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES  
Mairie de GEX  
Mairie de GEX  
Rue de l'horloge

OBSERVATIONS