

**ÉTÉ
2022**



CRÉE TES VACANCES !

18, 25 JUIN & 2 JUILLET DE 10H À 12H

Prépare et crée ton séjours de
vacances en pleine nature !

22 AU 26 AOÛT

Colo à Pierre Percée



Pour plus d'informations,
n'hésitez pas nous contacter
lacabanesotres@gmail.com





LA CABANE
des sotrés

FORMULAIRE D'INSCRIPTION 2022

LA CABANE *des sotrés*

6, impasse de Cheneau

88120 Le Syndicat

lacabanedessotres@gmail.com

<https://www.facebook.com/LaCabaneDesSotres>

ACTIVITE :

Jour : **de** **h** **à** **h**

Renseignements obligatoires

Nom et prénom :

Nom et prénom du représentant légal (pour les mineures) :

.....

Adresse : CP/Ville :

Adresse mail : @

Téléphone : Date de naissance :

Etablissement scolaire :

Autorisation parentale

Je soussigné(e) Madame, Monsieur.....

représentant légal de l'enfant.....

autorise La Cabane Des Sotrés :

A faire soigner mon enfant et à faire les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins.

Une fiche sanitaire est à remplir obligatoirement pour recueillir tous les renseignements médicaux de l'enfant.

Autorise mon enfant à participer aux activités de La Cabane Des Sotrés.

Autorise La Cabane Des Sotrés à utiliser son image dans des publications informatives (Papier ou Web)

Date :/...../.....

Signature :

Règlement

VOTRE INSCRIPTION DEFINITIVE NE SERA PRISE EN COMPTE QU'A RECEPTION DE VOTRE REGLEMENT.

L'Adhésion est à régler à l'inscription et obligatoire.
Pour une activité, la cotisation est exigible dès la 2ème séance.
A défaut de paiement, l'accès à l'activité ou à l'accueil de loisirs sera refusé.

Adhésion :

Grand sotré :.....10€

Ptit'sotré (- de 15 ans) :.....5€

Famille sotré (4 membres du même foyer) :.....20€

Adhésion sympa (demandeur d'emploi, RSA,étudiant, lycéen):.....7€

• Si déjà adhérent à La Cabane Des Sotrés, la carte adhérent vous sera demandé.

Cotisation à l'activité :

Période de vacances à vacances) :.....30€

Année (jusqu'à la fin de l'année scolaire) :.....70€

Cotisation accueil jeunes :

Année (jusqu'à la fin de l'année scolaire) :.....40€

TOTAL :.....€

Mode de règlement :

Espèces

Chèque

HelloAsso

Carte Zap

Signature (valant acceptation des modalités de règlement) :



LA CABANE
des sotrés

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

DATE DE VALIDITE : 1^{ER} JANVIER AU 31 DECEMBRE 2022
Merci de remplir ce document en lettres CAPITALES

La Cabane des sotrés 6 impasse de cheneau 88120 Le Syndicat
lacabanedessotres@gmail.com

Nom			
Prénom			
Sexe	Fille <input type="checkbox"/>	Garçon <input type="checkbox"/>	
Date de naissance	_ _ / _ _ / _ _ _ _		Age : _ _ _ ans
Classe à la rentrée 2021		Classe à la rentrée 2022	

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant la période d'accueil du mineur à l'accueil de loisirs sans hébergement (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article L. 227-4 du code de l'action sociale et des familles).

Il vous appartient de nous indiquer tout changement qui aurait lieu en cours d'année.

1. VACCINATIONS (COPIES DES VACCINATIONS obligatoires spécifier nom et prénom de l'enfant concerné)

VACCINS OBLIGATOIRES		VACCINS RECOMMANDÉS	
Diphtérie	Rubéole-Oreillons -Rougeole*	Coqueluche	Pneumocoque
Tétanos	Hépatite B*	Haemophilus	BCG
Poliomyélite	Pneumocoque*	Rubéole-Oreillons-Rougeole	Autres (préciser)
Coqueluche *	Méningocoque C*	Hépatite B	
Haemophilus*			

* Pour les enfants nés après le 1^{er} Janvier 2018.

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : Taille : (Informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un **traitement médical** pendant l'accueil de loisirs ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente, une **autorisation parentale** et les **médicaments** correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE ADMINISTRE SANS ORDONNANCE

ALLERGIES

ALIMENTAIRES oui non Si oui, lesquelles.....
 MEDICAMENTEUSES oui non Si oui, lesquelles.....
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) oui non Si oui, lesquelles.....

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ? oui non

.....

Tournez SVP →

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc ...

.....
.....
.....
.....

REGIME ALIMENTAIRE

PAI (protocole) oui non VEGETARIEN (avec poisson) oui non
SANS PORC oui non

AUTRES :

BAIGNADE -SAIT NAGER : oui non En fonction de nos besoins, fournir une attestation à la pratique aquatique
Sieste : oui non selon ces besoins/envies

Merci de prévenir tout changement en cours d'année

4. PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE- les responsables légaux seront informés prioritairement

A contacter en cas d'urgence par ordre croissant	Nom	Prénom	Tél	Lien avec l'enfant	Adresse (ville)
①					
②					
③					

5. RESPONSABLE DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :
TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL : TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :
TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL : TEL PORTABLE :

NOM MEDECIN TRAITANT TEL

Je soussigné(e),, responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date et signature :

OBSERVATIONS (réservé à la direction) :

.....
.....
.....
.....



LA CABANE
des sotrés

**AUTORISATIONS PARENTALES GLOBALES
LIEU D'ACCUEIL PETITE ENFANCE
CENTRE DE LOISIRS - CENTRE DE VACANCES**

*Merci de lire, de dater et de signer chaque autorisation.
Autorisation renouvelée par tacite reconduction d'une année sur l'autre.*

NOM DE L'ENFANT :

NOM DU RESPONSABLE LEGAL :

Je soussigné (e) avoir pris connaissance des points ci dessous :

• **AUTORISATION DE SORTIE**

Mon enfant peut participer aux sorties éducatives organisées par La Cabane Des Sotrés.
Je serai prévenu(e) au préalable des sorties, notamment celles nécessitant un moyen de transport.

A....., le

Signature

• **AUTORISATION D'HOSPITALISATION**

Je donne pouvoir à Mme, Mlle, Mr la/le Responsable du Centre, ou à défaut son Adjoint, en cas d'impossibilité de me joindre, de faire pratiquer des examens médicaux et/ou de faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgence.

A....., le

Signature

• **AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE**

En cas d'impossibilité de me joindre, j'autorise les soins hospitaliers et si besoin, l'anesthésie de mon enfant au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie à évolution rapide, il aurait à subir une intervention chirurgicale.

A....., le

Signature

• **AUTORISATION DE PUBLICATION**

A l'occasion de sorties ou d'activités pédagogiques, il se peut que mon enfant soit photographié pour publication dans un journal, une brochure, une note d'information, je donne autorisation pour ces prises de photos et ces publications.

A....., le

Signature