

FICHE D'INSCRIPTION
Actions « Enfance et Jeunesse » de Chartres métropole
pour les vacances d'été 2019

L'inscription aux actions « Enfance et Jeunesse » de la Communauté d'Agglomération Chartres métropole se fait à partir du mercredi 15 mai 2019 (sous réserve de places disponibles). Le paiement est à joindre à cette inscription et impliquera obligatoirement une facturation, que l'enfant ait été présent ou non.

Pour les périodes suivantes, une nouvelle fiche d'inscription sera à retirer dans les accueils de loisirs ou au Guichet Unique, 32 Bd Chasles à Chartres, ou aux P.E.P 28, 83 rue de Fresnay à Chartres ou à l'Assoc. Val de l'Eure, 2 rue du Général de Gaulle à Saint-Georges-sur-Eure ou sur le site internet www.lespep28.org. Pour toute nouvelle inscription en cours d'année scolaire, il convient de remplir le dossier unique, si celui-ci n'a pas été renseigné au préalable.

Autorité parentale	Nom :	Prénom :	Tél. :
	Nom :	Prénom :	Tél. :
	Adresse :		
	Mail : @		
1 ^{er} ou 2 ^{ème} ou plus * Enfant / Ado	Nom :	Prénom :	
	Date de naissance : / /	Maternel / Élémentaire / Ado	

*** Entourer selon l'inscription de votre 1^{er} ou 2^{ème} ou plus, enfant ou ado.**

Merci de cocher l' (les) action(s) « Enfance et Jeunesse » choisie(s) :

Actions « Enfance et Jeunesse »	
Accueils de loisirs et Camps élémentaires (3-11 ans)	Espaces Jeunes et Séjours (Collégiens et Lycéens - 18 ans)
<input type="checkbox"/> AMILLY (08 juillet au 02 août)	<input type="checkbox"/> DAMMARIE (09 juillet au 03 août)
<input type="checkbox"/> BAILLEAU-L'ÉVÊQUE (08 juillet au 23 août)	<input type="checkbox"/> JOUY (09 juillet au 03 août)
<input type="checkbox"/> BOUGLAINVAL (08 juillet au 02 août)	<input type="checkbox"/> MAINTENON (09 juillet au 03 août)
<input type="checkbox"/> DAMMARIE (08 juillet au 30 août)	<input type="checkbox"/> SAINT-GEORGES-SUR-EURE (09 juillet au 30 août)
<input type="checkbox"/> JOUY (08 juillet au 30 août)	<input type="checkbox"/> SEJOUR à Bussang (Vosges) (16 au 25 Juillet)
<input type="checkbox"/> MAINTENON (08 juillet au 30 août)	
<input type="checkbox"/> MORANCEZ (08 juillet au 30 août)	
<input type="checkbox"/> SAINT-GEORGES-SUR-EURE (08 juillet au 30 août)	
<input type="checkbox"/> SAINT PREST (08 juillet au 02 août)	
<input type="checkbox"/> SOURS (08 juillet au 30 août)	
<input type="checkbox"/> CAMP ÉLÉMENTAIRE à Illiers-Combray (08 au 26 juillet)	
<input type="checkbox"/> CAMP ÉLÉMENTAIRE à Fontaine-Simon (08 au 22 juillet)	

Ordres différents

Bouglainval, Dammarie, Jouy, Maintenon, Morancez,
Saint Prest, Sours et Séjour Ados = PEP 28

si paiement par chèques

Amilly, Bailleau-l'Évêque, Saint-Georges-sur-Eure et Camps élémentaires
= Association Centre aéré Val de l'Eure



Merci de cocher les périodes retenues : NOM : PRENOM :

Périodes	3 / 11 ans						12 / 17 ans				
	ACCUEIL DE LOISIRS			CAMPES ELEMENTAIRES (Durée au choix)			ESPACE JEUNES		ESPACE JEUNES		COUT(S) :
	Maternels		Elémentaires	Illiers-Combray (5 jours/4 nuits) (Voir plaquette)		Fontaine-Simon (7 jours/7 nuits) (Voir plaquette)	Collégiens et lycéens	Collégiens (3ème) et lycéens	Journées		
	AVEC REPAS	SANS REPAS	AVEC REPAS	SANS REPAS	AVEC REPAS	SANS REPAS	AVEC REPAS	SANS REPAS	AVEC REPAS	SANS REPAS	
8 au 12/07											
Week-end											
15 au 19/07											
Week-end											
22 au 26/07											
29/07 au 02/08											
Août : Accueils fermés à Amilly, Bouglainval et Saint Prest											
05 au 09/08											
12 au 16/08											
19 au 23/08											
26 au 30/08											
Accueil à Baillieu-l'Evêque ferme le 24/08 + Frais de dossier du 08/07/2019 au 05/07/2020											
							Séjour à Bussang (Vosges)				
							20€ par an par famille				
							TOTAL DU =				

Demande de facture : OUI / NON / OUI / NON / OUI / NON

Association des PEP28
3, rue Charles Brune 28110 Lucé
Tel : 02.37.88.14.14
Mail : standard@pep28.asso.fr

et Association du centre aéré du Val de l'Eure
2, rue du Général de Gaulle 28190 Saint-Georges-sur-Eure
Tél : 02.37.26.74.07
Mail : ser.jeunesse.stgeorges-eure@orange.fr

TOTAL REGLE ET DU CE JOUR (Possibilité de régler en 3 fois (fin juin à fin août 2019)) : _____ €

CHEQUE N° : _____ Banque : _____ De : _____ €

ANCV : _____ € CESU : _____ €

ESPECES : _____ € RECU N° : _____

Toute inscription implique l'acceptation pleine et entière du règlement de fonctionnement (consultable sur le site des PEP28, dans les structures de loisirs et au guichet unique à Chartres).

A _____, le ____/____/2019 Signature(s) du (des) titulaire(s) de l'autorité parentale :



ACCUEILS DE LOISIRS - ESPACE JEUNES* - CAMPS ELEMENTAIRES

(Cocher la ou les actions concernée(s))

- AMILLY BAILLEAU-L'EVÊQUE BOUGLAINVAL
 DAMMARIE* JOUY* MAINTENON* MORANCEZ
 SAINT-GEORGES-SUR-EURE* SAINT PREST SOURS
 ADOLESCENT CAMPS ELEMENTAIRES



(DOCUMENT A COMPLETER EN MAJUSCULES)

Nom de l'enfant :

Ecole/Collège/Lycée :

Prénom de l'enfant :

Classe :

Sexe : Féminin Masculin

Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Age t-il : Oui Non Brevet Natation. : Oui Non

Médecin traitant (+ coordonnées) :

Autorisation d'intervention médicale : Oui Non

Demande de PAI : Oui Non (Repas spécifiques en cas d'allergies, enfant atteint de handicap ou autres...)

Camps élémentaires : Bus départ : Bus retour :

Espace jeunes : L'adolescent rentre-t-il seul ? Oui Non

Personnes à prévenir en cas d'accident + Téléphone	Personnes habilitées à récupérer l'enfant + Téléphone

Mail :@.....

PARENT 1 / PARENT 2 / TITULAIRE DE L'AUTORITE PARENTALE (rayer les mentions inutiles) :

Nom : Prénom : Né le :

Adresse :

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville :

Tél. Domicile : |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| Tél. Professionnel : |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|

Tél. Portable : |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|

N° de sécu : |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| Clé : |_|_| Centre de sécu :

Employeur : Profession :

CAF : N° CAF : Autre Régime : N° :

Quotient :

Sous tutelle financière : Organisme de tutelle :

PARENT 1 / PARENT 2 / TITULAIRE DE L'AUTORITE PARENTALE (rayer les mentions inutiles) :

Nom : Prénom : Né le :

Adresse :

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : Quartier :

Tél. Domicile : |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| Tél. Professionnel : |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|

Tél. Portable : |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|

N° de sécu : |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| Clé : |_|_| Centre de sécu :

Employeur : Profession :

Observations (Régime particulier, ...) :

Je soussigné(e) : déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus.
J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur des centres.

Fait à :, le : |_|_| | |_|_| | |_|_|_|_|

Signature(s) :

Pièces à joindre :

Photocopie de la première page du dernier avis d'imposition (2018 sur les revenus 2017)

Photocopies du carnet de santé (pages vaccinations)



**FICHE
SANITAIRE
DE LIAISON**

NOM : _____
PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON FILLE

1 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant/du jeune).

MERCI DE JOINDRE OBLIGATOIREMENT

LES PHOTOCOPIES

DES PAGES DE VACCINATIONS DU CARNET DE SANTE DE VOTRE ENFANT

SI L'ENFANT/LE JEUNE N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant/Le jeune suit-il un traitement médical pendant sa présence à la structure ou 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.

A titre indicatif L'ENFANT/LE JEUNE A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE 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 AIGÛ 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"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS 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 A TENIR

P.A.I. (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

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

3 - INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT/JEUNE PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

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

4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant/jeune à participer aux activités physiques et sportives : oui non

J'autorise mon enfant/jeune à participer aux baignades surveillées : oui non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui non

5- RESPONSABLE DE / DU L'ENFANT / JEUNE

NOM PRÉNOM

ADRESSE

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

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant/du jeune, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature(s):