



# Moulin Neuf

2022



**PORTES  
OUVERTES**  
les 29 juin  
et 6 juillet  
DE 18H À 19H

# MES VACANCES Été

 **Accueil matin/soir au gymnase Ratier,  
rue du 8 mai ou à Mettray**

du lundi 11 juillet au mercredi 31 août

**Enfants 3-10 ans scolarisés en maternelle ou en élémentaire**



## TARIFS

**De 4 € à 24,20 €**

*Définis selon le quotient familial  
et la domiciliation, variables en fonction  
des catégories*

## CATÉGORIES

- 1 : familles domiciliées à Saint-Cyr-sur-Loire
- 2 : familles domiciliées à La Membrolle-sur-Choisille (uniquement pour le Moulin Neuf)
- 3 : familles qui travaillent à Saint-Cyr-sur-Loire et/ou grands-parents domiciliés à Saint-Cyr-sur-Loire
- 4 : familles n'habitant pas Saint-Cyr-sur-Loire



*Le* **Portail familles**  
*vous simplifie la vie !*

## Inscriptions ouvertes :

- **du 2 au 20 mai**  
(catégories 1, 2, 3)
- **du 16 au 20 mai**  
(catégorie 4)

**INSCRIPTIONS AU SERVICE VIE SCOLAIRE ET JEUNESSE**  
de 8 h 30 à 17 h ou en ligne sur : [saint-cyr-sur-loire.portail-familles.net](http://saint-cyr-sur-loire.portail-familles.net)

Renseignements : 02 47 42 80 67 ou [jeunesse@saint-cyr-sur-loire.com](mailto:jeunesse@saint-cyr-sur-loire.com)  
Accueil de loisirs du Moulin Neuf - Rue du Vieux Calvaire - 37390 Mettray  
Tél. 02 45 34 30 20 - Direction : Julie Perthuis (juillet) / Fabien Sellami (août)







**Assurance** (Couvrant les risques "Individuelle Accident" et Responsabilité Civile) :

**Nom de l'assurance** ..... N° du contrat : .....

**Mutuelle complémentaire** : (Désignation de la Compagnie et n° du contrat)

**Nom de la mutuelle** ..... N° du contrat : .....

En cas d'urgence, dans quel établissement hospitalier l'enfant devra-t-il être conduit ? :

J'autorise mon enfant à rentrer seul ..... **OUI**  **NON**

J'autorise la mairie de Saint-Cyr-sur-Loire à utiliser la photographie de mon enfant dans un des supports de communication municipale (magazine, site internet, journal interne...) ..... **OUI**  **NON**

Je soussigné(e), responsable de(s) l'enfant(s)

- atteste l'exactitude des renseignements portés sur le présent document.
- dégage de toute responsabilité les organisateurs en ce qui concerne tout éventuel incident ou accident en dehors des temps d'accueil.

Saint-Cyr-sur-Loire, le .....

Signature



**Hôtel de ville**

Parc de la Perraudière - BP 50139 - 37541 37541 SAINT-CYR-SUR-LOIRE CEDEX  
02 47 42 80 00 / info@saint-cyr-sur-loire.com  
www.saint-cyr-sur-loire.com

Commune de Tours Métropole Val de Loire 



# MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008\*02

## 1 - ENFANT

**FICHE SANITAIRE**  
**DE LIAISON**

NOM : \_\_\_\_\_  
 PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
 GARÇON  FILLE

## DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCC					

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	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ARTICULAIRE AIGU	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
						OREILLONS	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		

ALLERGIES : ASTHME  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, OPERATION, RÉÉDUCATION) EN PARCOURANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## 4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOIRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui  non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui  non

## 5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
ADRESSE (pendant le séjour) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

N° SÉCURITÉ SOCIALE : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : \_\_\_\_\_

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL :  DE LA CMU  
 D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES**  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_