



Moulin Neuf

2023



**PORTES
OUVERTES**
les 21 juin
et 5 juillet
DE 18H À 19H

MES VACANCES Été

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

du lundi 10 juillet au vendredi 1^{er} septembre

Enfants 3-10 ans scolarisés en maternelle ou en élémentaire



TARIFS

De 4 € à 24,50 €

*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 17 mai**
(catégories 1, 2, 3)
- **du 15 au 17 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

Renseignements : 02 47 42 80 67 ou 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) / Séverine Kueny (août)

Veillez indiquer précisément les dates de séjour de votre enfant (cochez la ou les cases nécessaires)

<input type="checkbox"/> du 10 au 13 juillet (4 j.)	<input type="checkbox"/> du 24 au 28 juillet	<input type="checkbox"/> du 14 au 18 août (4 j.)
<input type="checkbox"/> du 17 au 21 juillet	<input type="checkbox"/> du 31 juillet au 4 août	<input type="checkbox"/> du 21 au 25 août
	<input type="checkbox"/> du 7 au 11 août	<input type="checkbox"/> du 28 août au 1 ^{er} septembre

Responsable légal de(s) l'enfant(s) pendant le séjour

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES RESPONSABLES LÉGAUX

RESPONSABLE N°1

N° de Sécurité sociale

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Nom

Prénom

Adresse

.....

.....

Profession

Nom et adresse de l'employeur

.....

Téléphone Domicile

Téléphone Travail

Portable.....

Courriel.....

RESPONSABLE N°2

N° de Sécurité sociale

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Nom

Prénom

Adresse

.....

.....

Profession

Nom et adresse de l'employeur

.....

Téléphone Domicile

Téléphone Travail

Portable.....

Courriel.....

N° d'allocataire CAF (obligatoire)

À COMPLÉTER UNIQUEMENT POUR LES ENFANTS QUI FRÉQUENTERONT L'ACCUEIL DE LOISIRS

	Nom	Prénom	Date de naissance	École fréquentée	PAI
1 ^{er} enfant					
2 ^e enfant					
3 ^e enfant					

Tableau des accueils à compléter ci-dessous

	MATIN	SOIR
Gymnase René Ratier		
Moulin Neuf		

Rappel du règlement intérieur :

"Tout changement de point d'accueil (Gymnase René Ratier ou Moulin Neuf) ne sera pas autorisé durant les périodes. De plus les sorties anticipées seront exceptionnelles et devront être signalées le matin-même auprès de la direction de l'Accueil de Loisirs (02 45 34 30 20)."

Nom, prénom et téléphone des personnes autorisées à venir chercher l'enfant ou à joindre en cas d'urgence par ordre de priorité

1 Tél.

2 Tél.

3 Tél.

Votre enfant doit-il respecter des recommandations particulières relatives à l'alimentation ? **OUI** **NON**

Si oui, lesquelles (joindre à l'appui un certificat médical) ?

.....

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	ARTICULAIRE AIGU	<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	OREILLONS	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				

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, 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

