

L'hiver en chantant

À remettre exclusivement en Mairie avant le 24/01/2026.

Passé ce délai, aucune inscription ne sera prise en compte.

Les inscriptions déposées dans la boîte aux lettres ne seront pas prises en compte.

ENFANT 1																																						
NOM _____														PRENOM _____														F				M						
DATE DE NAISSANCE ____/____/____														AGE ____ ans																								
16/2			17/2			18/2			19/2			20/2			23/2			24/2			25/2			26/2			27/2											
M	AM	J	M	AM	J	M	AM	J	M	AM	J	J	M	AM	J	M	AM	J	M	AM	J	M	AM	J	M	AM	J	M	AM	J								
ENFANT 2																																						
NOM _____														PRENOM _____														F				M						
DATE DE NAISSANCE ____/____/____														AGE ____ ans																								
16/2			17/2			18/2			19/2			20/2			23/2			24/2			25/2			26/2			27/2											
M	AM	J	M	AM	J	M	AM	J	M	AM	J	J	M	AM	J	M	AM	J	M	AM	J	M	AM	J	M	AM	J	M	AM	J								
ENFANT 3																																						
NOM _____														PRENOM _____														F				M						
DATE DE NAISSANCE ____/____/____														AGE ____ ans																								
16/2			17/2			18/2			19/2			20/2			23/2			24/2			25/2			26/2			27/2											
M	AM	J	M	AM	J	M	AM	J	M	AM	J	J	M	AM	J	M	AM	J	M	AM	J	M	AM	J	M	AM	J	M	AM	J								
1/2 journée pour les – de 7 ans : M = Matin AM = Après-midi - J = Journée																																						
PARENT 1				Père				Mère				Tuteur				PARENT 2				Père				Mère				Tuteur										
Nom - prénom :														Nom - prénom :																								
Adresse (adresse de facturation) :														Adresse (si différente du parent 1) :																								
Code postal :														Code postal :																								
Ville:														Ville:																								
Tél port :														Tél port :																								
Employeur :														Employeur :																								
Tél travail :														Tél travail :																								
Mail : @														Mail : @																								
Nom et prénom de l'allocataire CAF :																				n° CAF :																		
Personnes à prévenir en cas d'urgence et/ou autorisées à prendre en charge l'enfant.																																						
							1							2							3																	
Nom/Prénom																																						
Qualité																																						
Téléphone																																						

En cas d'absence, l'enfant sera conduit à l'hôpital le plus proche par les Sapeurs-Pompiers.

A _____, le ____/____/____

Signature accompagnée de la mention "lu et approuvé"

AUTORISATIONS DIVERSES 2026

Je soussigné(e)....., représentant légal
de l'enfant

* SORTIES

- Autorise mon fils – ma fille à participer aux différentes sorties qui auront lieu pendant l'accueil de loisirs et pour lesquelles j'aurais été préalablement informé(e).



* ACTIVITÉS ET DÉPLACEMENTS

- Utiliser du matériel (ciseaux, ...)
- Participer et à être accompagné par un animateur aux activités telles que promenades et visites dans la ville de Dun-sur-Auron.



* DROIT À L'IMAGE ET MAQUILLAGE

- Être photographié et/ou filmé lors des activités, et que les photographies et les vidéos fassent l'objet d'une publication ou d'une diffusion publique
- Être maquillé par l'équipe d'animation



Fait à, le

Le représentant légal (nom - prénom et signature)



CERFA n°10008*02

2025-2026

Enfant : ☐ Femme ☐ Garçon ☐ Date de naissance :

Nom : _____

Prénom : _____

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant.)

Vaccins obligatoires	oui	non	Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui	non	Date
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (<i>préciser</i>)			
ou Tétracoque							
B.C.G.							

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Note: le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ? ☐ oui ☐ non
Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant*).

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Otitte	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<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"/> oui <input type="checkbox"/> non

Allergies : médicaments	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
alimentaires	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	<input type="checkbox"/> asthme	<input type="checkbox"/> non
	<input type="checkbox"/> autres	<input type="checkbox"/> non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse pendant le séjour : _____

Tél. domicile : _____ travail : _____

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.

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) :

Date :

A remplir par le directeur du centre à l'attention de la famille

Coordonnées de l'organisateur :

Observations :

INFORMATIONS À CONSERVER

Centre de Loisirs Municipal - Place Bourbon – salle « le Berry » - 18130 Dun-sur-Auron

Horaires : Accueil du matin : 7h15 - 9h - Accueil du soir : 17h00 - 18h30

Possibilité de demi-journée pour les moins de 7 ans : 7h15 - 12h00 ou 13h30 - 18h30

Si votre enfant est absent, merci de prévenir le Centre de Loisirs par mail à service.jeunesse@ville-dunsurauron.fr ou par téléphone au 07 61 65 64 46

PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT

Si l'enfant n'a jamais été inscrit sur 2025/2026 ou si changement :

- Photocopie d'Assurance Individuelle de votre enfant 2025/2026 (ex. : MAE, responsabilité civile de votre assureur)
- Photocopie du Carnet de Santé avec les vaccinations à jour.
- Fiche sanitaire 2025/2026 complétée (à retirer en Mairie ou au Centre de Loisirs)
- Fiche autorisations année 2026 (une par enfant)

Si vous bénéficiez du Fonds d'Aide au Temps Libre de la CAF, d'une aide MSA, d'une aide de votre comité d'entreprise ou autre (à préciser).

Joindre impérativement la photocopie de ce bon agrafée à la fiche d'inscription. En l'absence de ce justificatif, le tarif à la journée sans aides vous sera facturé.

TARIFS

	Famille de DUN			Famille Extérieure			Sortie
	Sans Bon RG et MSA	Avec Bons QF1 ≤ à 400 €	Avec Bons 401 € ≤ QF2 < 700 €	Sans Bon RG et MSA	Avec Bons QF1	Avec Bons QF2	
½ journée Uniquement pour les moins de 7 ans	5.50	2.50	3.50	10.35	7.85	8.85	10.00
Journée	7.20	3.20	5.20	15.20	10.20	12.20	

Toute inscription est définitive et sera facturée même si elle n'est pas honorée.

Seules les absences justifiées (certificat médical, bulletin de décès, ...), feront l'objet d'un abattement de 50% de la facturation.

ATTENTION : places limitées pour la sortie du vendredi 20 février. Priorité aux enfants fréquentant le centre de loisirs plusieurs jours.

Pas de permanence sur le Centre de Loisirs.

REPAS

- Les repas sont confectionnés par les familles et déposés le matin à l'accueil (possibilité de faire réchauffer sur place).
- Les contenants doivent porter le nom de l'enfant et pouvoir aller au micro-ondes si c'est un repas chaud (éviter les plats en verre).
- **Les repas doivent impérativement être apportés dans un sac isotherme marqué du nom de votre enfant avec un pain de glace.**
- **Pour les familles avec plusieurs enfants, merci de faire une boîte et un sac par enfant. Merci de fournir également un gobelet et des couverts (éviter les couteaux pointus).**
- Pour les pique-niques : ils doivent être apportés **dans un sac isotherme avec un pain de glace** puis dans un sac à dos portant le nom de votre enfant. Prévoir également une bouteille d'eau.
- La collation du matin et le goûter sont compris dans le forfait journalier.

POUR INFORMATION

Une facture vous sera envoyée pour le règlement. Celle-ci sera à régler à l'adresse mentionnée, directement au service des finances publiques.

Au programme

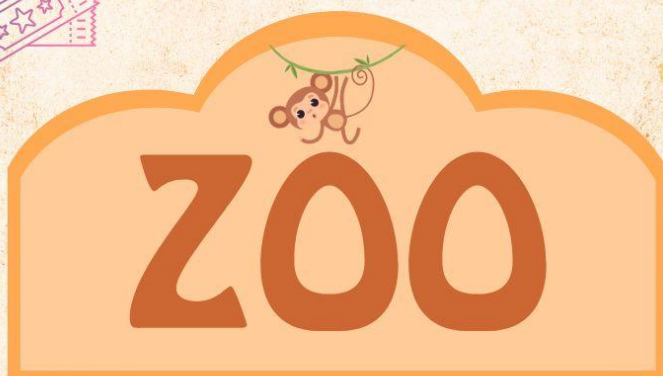
Préparation d'un spectacle

Un groupe d'enfants découvre un livre
"Il était une fois"
et se retrouve plongé dedans.
L'aventure commence...



Création de chorégraphies, pièces de théâtre,
décors et costumes.

Le spectacle se tiendra à la salle des fêtes le
vendredi 27 février 2026 à 18h30.



Sortie : Vendredi 20 février

Zoo parc de Beauval

Prévoir pique-nique,
tenue confortable adaptée
à la saison et baskets

Rendez-vous : 6h30

Retour : 19h00



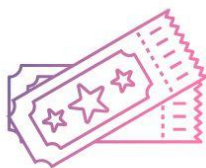
Grand jeu
Bibliothèque



Inscription Spectacle

(fiche à rendre avec l'inscription)

Vendredi 27 février 2026
à 18h30



salle des fêtes

Nom et prénom des enfants qui participeront au spectacle :

Nombre de personnes qui regarderont le spectacle : ____
(Limité à 4 personnes par famille)

**Merci d'inscrire vos enfants au spectacle seulement
s'ils sont inscrits au moins la 2ème semaine des
vacances pour qu'ils puissent assister à la préparation.**