



CENTRE DE LOISIRS MUNICIPAL DE DUN SUR AURON

Du 19 au 30 octobre 2026 - De 3 ans à 15 ans



À remettre exclusivement en Mairie avant le lundi 21 septembre 2026 .

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

Les inscriptions ne seront définitives qu'après validation des services de la Mairie.

ENFANT 1									
NOM _____				PRENOM _____				F ☐ M ☐	
DATE DE NAISSANCE ____/____/____				AGE ____ ans					
19/10	20/10	21/10	22/10	23/10	26/10	27/10	28/10	29/10	30/10
M	AM	J	M	AM	J	M	AM	J	J
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ENFANT 2									
NOM _____				PRENOM _____				F ☐ M ☐	
DATE DE NAISSANCE ____/____/____				AGE ____ ans					
19/10	20/10	21/10	22/10	23/10	26/10	27/10	28/10	29/10	30/10
M	AM	J	M	AM	J	M	AM	J	J
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ENFANT 3									
NOM _____				PRENOM _____				F ☐ M ☐	
DATE DE NAISSANCE ____/____/____				AGE ____ ans					
19/10	20/10	21/10	22/10	23/10	26/10	27/10	28/10	29/10	30/10
M	AM	J	M	AM	J	M	AM	J	J
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
½ 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 :		Ville:			Code postal :		Ville:		
Tél port :					Tél port :				
Employeur :					Employeur :				
Tél travail :					Tél travail :				
Mail : _____ @ _____					Mail : _____ @ _____				
Nom et prénom de l'allocataire CAF :							n° CAF :		
Si parents indisponibles, 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"

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 2026/2027 ou si changement :

- Photocopie d'Assurance Individuelle de votre enfant 2026/2027 (ex. : MAE, responsabilité civile de votre assureur)
- Photocopie du Carnet de Santé avec les vaccinations à jour.
- Fiche sanitaire 2026/2027 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 les sorties des vendredis 23 et 30 octobre.

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

Jeudi 22 octobre
Grand jeu
La clé du temps

Vendredi 23 octobre
Sortie à Bourges
8h45/17h15
Prévoir repas froid
Village de Noé
Muséum d'histoire naturelle

Jeudi 29 octobre
Journée **HALLOWEEN**
Viens déguisé !

Vendredi 30 octobre
Sortie - 8h45/18h
Prévoir repas froid
Forêt de Tronçais
Château de Peufeuilhous
à Vallon-en-Sully

Lundi 19 octobre
Cinémobile

Mardi 27 octobre
Veillée cinéma / pop corn
Viens en Pyjama

Vendredi 30 octobre
Loto à l'EHPAD
"Les légendes d'automne"
Bibliothèque
Confection de piñatas
Activités manuelles
Et bien +

VEILLÉE

Le village DE NOÉ

muséum d'histoire NATURELLE BOURGES

INSCRIPTIONS À L'ACCUEIL

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).
- ☐ Être véhiculé en Minibus par un animateur ayant le permis B



* ACTIVITÉS ET DÉPLACEMENTS

- ☐ Utiliser du matériel (ciseaux, ...)
- ☐ Participer et 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 ainsi que les vidéos fassent l'objet d'une publication ou d'une diffusion publique
- ☐ Être maquillé par l'équipe d'animation



Fait à, leLe

représentant légal (nom - prénom et signature)



Fiche sanitaire de liaison

CERFA n°10008*02
2026-2027

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.
Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.

Enfant : Fille ☐ 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 (préciser)			
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 ; Taillecm (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 ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	

Allergies : médicamenteuses ☐ oui ☐ non
alimentaires ☐ oui ☐ non

asthme ☐ oui ☐ non
autres ☐ oui ☐ 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 : portable :

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 :