



FICHE D'INSCRIPTION 2026

NOM :

PRÉNOM DE L'ENFANT	DATE DE NAISSANCE	CLASSE

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone domicile : Mobile :

Lieu où les parents peuvent être contactés en journée :

Travail : Téléphone :

PÈRE :

Prénom civile :

Profession : Salarié Commerçant
 Cadre Prof. libérale

MÈRE :

Nom de jeune fille :

Prénom civile :

Profession : Salarié Commerçant
 Cadre Prof. libérale

Cadre réservé au GIBP : RC FSL B Inscrit en 2025

Notes :

Je soussigné,, responsable légal de(s) l'enfant(s) ci-dessus mentionné(s), reconnais avoir pris connaissance du règlement interne du Centre Aéré, avoir lu le projet pédagogique du Centre, et y adhérer de façon pleine et entière. Propriétaire du droit à l'image de mon (mes) enfant(s), j'autorise l'ACM à utiliser les films ou photos pris lors de son séjour. Cette utilisation n'est limitée qu'aux seules parutions internes au Centre et à celles qui serviraient sa promotion. De plus, en cas d'urgence médicale, j'autorise le Centre à prendre toutes les mesures qu'il jugera nécessaires. Cependant, je demande qu'il m'en avise au plus tôt.

A :

Le :/...../.....

Signature :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2026

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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

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, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE** .)

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

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

OBSERVATIONS



ה"ב

RÈGLEMENT DU GAN ISRAËL

BONDY - PAVILLONS SOUS BOIS 2026

1. Toute inscription n'est valable qu'après règlement de la totalité du séjour. Cette inscription comporte 3 parties : la fiche de renseignements le règlement intérieur et la fiche sanitaire de liaison.
2. Aucun remboursement n'est prévu en cas d'annulation partielle ou totale du séjour, même en cas d'absence, sauf (Hachem Yichmor) en cas d'hospitalisation ou de force majeure.
3. Nous voulons vous sensibiliser au problème des poux. Nous ne pourrions pas accepter les enfants qui en présentent, tant qu'ils n'auront pas été complètement traités. Aucun remboursement ne sera possible dans ce cas.
4. Il est strictement interdit d'apporter des objets électroniques (iPhone, iPad, Apple Watch ou autres), ainsi que des vêtements de marque. En cas de perte, le Gan Israël ne pourra être tenu responsable.
5. Forts de notre expérience de plus de quarante ans en matière pédagogique et éducative, nous considérons que l'utilisation du téléphone portable est totalement incompatible avec les activités proposées au sein du Gan Israël. C'est pourquoi le téléphone portable est interdit dans l'enceinte du Gan Israël, sous peine de confiscation.
6. Le Gan Israël, agréé DDCCS (Jeunesse et Sports), applique la réglementation qui prévoit :
 - 1 animateur(trice) pour 8 enfants âgés de 4 à 6 ans
 - 1 animateur(trice) pour 12 enfants à partir de 6 ans
7. Le Gan Israël possède une assurance Responsabilité Civile.
8. Les rivalités entre enfants existant dans le contexte scolaire ne doivent pas ressurgir durant le séjour au Gan Israël, sous peine de renvoi.

- 9.** Les horaires de fonctionnement du Gan Israël sont de 8h30 à 17h00 (jusqu'à 13h30 le vendredi). Une permanence est assurée le matin à partir de 8h30 et le soir jusqu'à 17h30.
- 10.** Les jours de sortie, il est **IMPÉRATIF** de fournir à votre enfant une casquette et le t-shirt du Gan Israël, ainsi qu'une bouteille d'eau (et un k-way en cas de pluie). L'enfant devra également respecter scrupuleusement les consignes de son animateur.
- 11.** Comme l'année précédente, tout enfant entrant au Gan devra impérativement être noté sur notre registre. Pour renforcer la sécurité, le même système est appliqué à la sortie le soir.
- 12.** Vous pouvez consulter le Projet Pédagogique (PP) de notre centre, affiché à l'entrée du Gan, ou le demander au Directeur.
- 13.** En raison de problèmes rencontrés les années précédentes, l'accès au groupe des 4-5 ans est réservé uniquement aux enfants ayant déjà 4 ans révolus en juillet.
- 14.** Il est indispensable d'utiliser un langage correct et d'avoir un bon comportement. Le Gan Israël se réserve le droit de renvoyer tout enfant proférant des propos vulgaires ou ayant un comportement susceptible de nuire à la sécurité des personnes, sans remboursement possible.
- 15.** Aucun formulaire Cerfa ne sera délivré pour l'inscription au Gan Israël.
- 16.** Aucun enfant ne pourra être récupéré à la sortie du bus. Il faudra obligatoirement entrer dans le Gan pour qu'il soit noté comme parti.
- 17.** Aucun enfant ne pourra entrer au Gan sans que l'ensemble des documents requis n'ait été complété.
- 18.** En cas d'omission d'une maladie, allergie ou autre information importante sur la fiche sanitaire, le Gan Israël se réserve le droit de renvoyer l'enfant, sans possibilité de remboursement.
- 19.** Je donne mon accord pour l'utilisation de l'image de mon enfant.
- 20.** N'oubliez pas : nous sommes là pour faire le maximum ! Alors soyez détendus et souriants. Vos enfants vont passer trois semaines de rêve, avec l'aide d'Hachem.

BON GAN !

Signature du Père

Signature de la Mère