

**DOSSIER D'INSCRIPTION POUR L'ACCUEIL DE LOISIRS**

« Nouvelle famille n'ayant pas de dossier périscolaire 2023-2024 »

**Du lundi 22 au vendredi 26 avril 2024**



**ATTENTION : Nouvelles modalités d'inscriptions, au vu de la forte demande de fréquentation des centres de loisirs, couplé à la problématique des recrutements d'encadrants qualifiés, le conseil municipal à fait le choix de mettre en place une priorisation sur 3 critères.**

CRITERE N°1	CRITERE N°2	CRITERE N°3
Enfant(s) domicilié(s) sur la commune dont les deux parents travaillent :	Enfant(s)scolarisé(s) sur la commune dont les deux parents travaillent et dont un travaille sur la commune :	Parents séparés, dont celui qui a la garde travaille durant le centre :
OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON

	<u>1<sup>er</sup> enfant</u>	<u>2<sup>ème</sup> enfant</u>	<u>3<sup>ème</sup> enfant</u>	<u>4<sup>ème</sup> enfant</u>
NOM	.....	.....	.....	.....
PRENOM	.....	.....	.....	.....
DATE DE NAISSANCE	.....	.....	.....	.....
CLASSE	.....	.....	.....	.....
	1 semaine x .....€ = .....€	1 semaine x .....€ = .....€	1 semaine x .....€ = .....€	1 semaine x .....€ = .....€

**TOTAL A PAYER : ..... € le .....**

## SITUATION ACTUELLE DES PARENTS

Mariés  PACS  Divorcés  Séparés  Vie maritale

En cas de divorce ou séparation : Quel parent à la garde de l'enfant ?  Mère  Père

### RESPONSABLE LEGAL 1 / PERE

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Né le : .....à.....

Téléphone portable : .....

.....

Mail : .....

Téléphone employeur : .....

### RESPONSABLE LEGAL 2 / MERE

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Né le : .....à.....

Téléphone portable :

.....

Mail : .....

Téléphone employeur .....

### OBLIGATOIRE

N° du coefficient familial C.A.F : .....

Autre régime : (MSA) : .....

## PIECES ADMINISTRATIVES A JOINDRE AU DOSSIER

- Attestations employeurs des deux parents si dossier prioritaire
- Fiche d'inscription complétée et signée
- Photocopie de l'attestation d'assurance (responsabilité civile)
- En cas de séparation des parents, joindre la photocopie de la décision de justice fixant les modalités d'exercice de l'autorité parentale et d'hébergement ainsi que la copie du livret de famille (père, mère, enfant)
- Attestation CAF dans laquelle figure votre quotient familial
- Fiche sanitaire de liaison (Cerfa n°10008\*02) jointe au dossier signé
- Pour les enfants présentant une allergie alimentaire, un projet d'accompagnement individualisé en cours (PAI)

**AUTORISATIONS**

**Je soussigné(e), M** .....

**Responsable légal de l'enfant :** .....

Déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement joint à ce dossier et l'accepte.

**AUTORISE**

- La diffusion publique, par la Commune des photographies et films contenant des images de mon enfant
 

<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> non
------------------------------	--	------------------------------
  
- Mon enfant à se baigner en piscine
 

<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> non
------------------------------	--	------------------------------
  
- Mon enfant à quitter seul l'ALSH
 

<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
------------------------------	--	------------------------------
  
- Autorise la.les personne(s) majeure(s), dénommée(s) ci-après, à déposer ou à reprendre mon enfant

NOM - PRENOM	LIEN AVEC MON ENFANT	TELEPHONE

**EN CAS D'URGENCE**

Qui contacter en cas d'urgence ?

Mr ou Mme.....

Tél : .....

**ASSURANCE**

Nom de la compagnie d'assurance (responsabilité civile) : .....

N° du contrat assurant l'enfant : .....

Fait à ....., le .....  
Signature des parents ou représentants légaux



# Fiche sanitaire de liaison

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.

<b>Enfant :</b>	<input type="checkbox"/> fille	<input type="checkbox"/> garçon	Date de naissance :
Nom :	Prénom :		

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

Vaccins obligatoires			Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés			Date
	oui	non			oui	non	
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite ou DT polio				Coqueluche			
ou Tétracoq				Autres (préciser)			
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. Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

## II - Renseignements médicaux :

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
<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
Otite	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	

**Allergies :** médicamenteuses  oui  non  
asthme  oui  non

alimentaires  oui  non  
autres  oui  non

**Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir** (si automédication le signaler) :

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 : \_\_\_\_\_

**NOTE D'INFORMATION  
DE L'ACCUEIL DE LOISIRS**

**A CONSERVER PAR LES PARENTS**

Pour assurer le bon fonctionnement de l'accueil de loisirs, il nous paraît indispensable de communiquer aux familles les points suivants :

L'Accueil de Loisirs ouvre ses portes à la Salle Multi-activités, rue Jules-Ferry à Lay-St-Christophe du lundi 22 au vendredi 26 avril inclus, pour les enfants âgés de 3 à 12 ans. Les enfants arrivent le matin et repartent le soir. Les inscriptions se font pour la semaine complète. L'ouverture du centre a lieu tous les jours de **7h30 à 18h00**. Le repas du midi est obligatoire et le goûter est fourni par le centre de loisirs.

**Horaires :** Accueil des enfants : de 7h30 à 9h00  
Départ des enfants : entre 17h00 et 18h00

**Les tarifs de l'Accueil de Loisirs sont les suivants :**

Le prix est à la semaine et inclus repas et goûter, hors pique-nique.  
En cas de jours férié le montant est proratisé au nombre de jours d'ouverture du centre.

Tarifs :

	TARIF PLEIN	Bénéficiaire régime général (CAF 54)				Bénéficiaire "aides vacances" sur attestation	
		QF inférieur ou égal à 799	QF de 800 à 1199	QF de 1200 à 1599	QF supérieur à 1600		
Tarifs à compter du 1er/09/2023	<b>ALSH Forfait semaine</b>	145 €	80 €	90 €	105 €	115 €	60 €
	<b>Forfait journalier retard soir</b>	7,50 €					

- **Tarif extérieur :** 10 € supplémentaires sur les montants indiqués tout enfant non domicilié ou non scolarisé à Lay-Saint-Christophe.
- **En cas de PAI avec fourniture du repas:** en cours de validité, une réduction de 4,5€ par jour d'ouverture sera appliquée ;
- **En cas de désistement entre le 15<sup>ème</sup> jour précédant le centre et le jour du démarrage,** aucun remboursement ne sera effectué sauf sur présentation d'un justificatif médical (déduction faite dès 3 jours de carence) ;
- **En cas d'absence,** remboursement sur présentation d'un justificatif médical (déduction faite dès 3 jours de carence).

Il est conseillé de munir les enfants d'un sac avec une paire de chaussettes et des sous-vêtements de rechange. Il est également conseillé d'habiller vos enfants en fonction de la météo et des activités proposées.

Le linge doit être marqué ; si vous n'avez pas le temps de coudre, merci d'écrire le nom de votre enfant au feutre indélébile sur les étiquettes des vêtements.

La mairie décline toute responsabilité en cas de perte ou dégradation des objets de valeurs que votre enfant aurait apporté.

**Numéros de téléphones utiles :**

Directeur : BROCHARD Yannick : 06.45.75.08.63  
Salle Rose - Cantine : 03.83.22.86.50  
Mairie : 03.83.22.80.21