

CONDITIONS D'INSCRIPTION

Le tarif, à la semaine, est le suivant :

- pour les enfants de la Communauté de Communes du Plateau de Martainville :
 - 80 € / semaine : revenus supérieurs au barème indiqué ci -après.
 - 65 € / semaine : revenus inférieurs au barème indiqué ci -après.

- pour les enfants des autres communes :
 - 100 € /semaine : revenus supérieurs au barème indiqué ci -après.
 - 85 € /semaine : revenus inférieurs au barème indiqué ci -après.
 - 15 660 euros par an avec 1 enfant
 - 18 276 euros par an avec 2 enfants
 - 21 756 euros par an avec 3 enfants
 - 25 236 euros par an avec 4 enfants
 - 28 716 euros par an avec 5 enfants

La semaine du 14 juillet sera facturée 4/5^{ème} d'une semaine normale.

Pour tout montant supérieur à 150€, il est possible de régler votre séjour en deux fois :

- Un acompte, à verser lors de l'inscription, représentant à minima 50% du montant global du séjour (hors participation éventuelles d'organismes sociaux CAF, C.E).
- Le solde à verser quinze jours avant le début de l'accueil.

Les bons Temps Libres de la CAF et les chèques vacances sont acceptés.

ATTENTION LES CHEQUES DOIVENT ETRE LIBELLÉS A L'ORDRE DU TRESOR PUBLIC

Toute absence devra être justifiée par la présentation d'un certificat médical.

Il est nécessaire de prévenir l'accueil de loisirs avant 9 h00.

Tout manquement grave à la discipline sera signalé aux parents. L'exclusion pourra être prononcée après décision collective de l'équipe d'animation et d'un des membres du conseil d'administration. Dans ce cas, aucune somme ne sera remboursée et les frais occasionnés seront à la charge de la famille.

Toute inscription ne sera définitive qu'à réception de ce dossier dûment complété, signé et comprenant les documents suivants :

- Le règlement du séjour (chèque, numéraire, chèques vacances, bons Temps Libres de la Caf),
- Un justificatif de domicile,
- L'avis d'imposition,
- Une attestation d'assurance responsabilité civile,
- Le numéro d'allocataire de la Caisse qui vous verse les prestations familiales,
- Le document intitulé « Inscription, autorisations parentales »
- Un certificat médical datant de moins de 2 mois (à remettre lors de la réunion d'information)
- La photocopie du carnet de santé (vaccinations à jour),
- La fiche sanitaire de liaison - y préciser les informations importantes à communiquer, telles que :
 - inaptitude à la pratique d'activités physiques.
 - allergies éventuelles de l'enfant.
 - ou toutes autres précisions importantes en cas de problème de santé.

INSCRIPTION, AUTORISATIONS PARENTALES ET PHOTOS:

Je soussigné(e)

Responsable légal de

➤ Certifie avoir pris connaissance des conditions d'inscription, du règlement intérieur et déclare inscrire celui-ci au(x) semaine(s) suivantes N°

➤ Certifie avoir souscrit une assurance responsabilité civile pour l'année 2015.

➤ Autorise en cas de nécessité la direction de l'accueil à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions chirurgicales (anesthésie comprise).

Si cela est possible, nous souhaitons :

- la consultation du Docteur : N° de téléphone :

- l'hospitalisation à :

➤ Accepte de payer l'intégralité ou la part des frais de séjour m'incombant ainsi que le cas échéant les frais médicaux ou d'hospitalisation.

➤ Autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant - aucun enfant ne sera autorisé à repartir sans la présence d'un adulte.

.....
➤ Autorise mon enfant à :

- participer aux activités organisées par l'accueil de loisirs (transport y compris).
- participer aux mini-camps.
- voyager en voiture individuelle ou par transport collectif.
- se baigner - les enfants autorisés à se baigner doivent être vaccinés contre la poliomyélite.

mon enfant sait nager : OUI / NON.

➤ Les enfants pourront être filmés ou pris en photos dans le cadre des activités organisées lors des séjours. Sauf refus exprimé explicitement ci-dessous, les parents acceptent que les images prises à l'occasion de ces activités, puissent être utilisées au cours d'animations et éventuellement dans les supports d'information (sans but lucratif) de l'Accueil de Loisirs, du SIVOM, de la Communauté des Communes du Plateau de MARTAINVILLE destinés à faire connaître les activités de l'accueil de Loisirs.

J'accepte la diffusion

Je n'accepte pas la diffusion.

Date :

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

MERCI DE REpondre A QUELQUES QUESTIONS
--

Votre enfant possède-t-il un vélo ?

OUI

NON

Si oui, possède-t-il un casque et un gilet jaune ?

OUI

NON

L'autoriser-vous à les utiliser pour une sortie ?

OUI

NON

Afin de planifier l'accueil et la sortie, nous aimerions savoir :

L'heure à laquelle votre enfant arrivera à l'accueil de loisirs :

L'heure à laquelle votre enfant repartira de l'accueil de loisirs :

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion.

Elles font l'objet d'un traitement informatique et ne sont destinées qu'au secrétariat.

En application de l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser :

au Sivom du Bois Tison - Mairie de Bois l'Evêque - 76160 Bois l'Evêque



<h1 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h1>	<p style="margin: 0;">1 – ENFANT</p> <p style="margin: 5px 0 0 0;">NOM : _____</p> <p style="margin: 5px 0 0 0;">PRÉNOM : _____</p> <p style="margin: 5px 0 0 0;">DATE DE NAISSANCE : _____</p> <p style="margin: 20px 0 0 0;">GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/></p>
--	--

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				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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
