



Le centre de loisirs sans hébergement regroupe, autour de Saint-Venant, les communes de Busnes, Calonne sur la Lys, Guarbecque, Mont-Bernenchon, Robecq et Saint-Floris.

Ce centre s'établit sur 7 Semaines (4 en Juillet et 3 en Août) autour de quelques idées fortes définies par les équipes d'animation.

Ces équipes sont animées en direction par :

- Frédéric SOUBRY en Juillet Primaire
- Amandine QUIMBETZ en Juillet Maternelle
- Caroline DELECROIX en Août Primaire et Maternelle

Ce dossier d'inscription sera accepté s'il est complet et signé.

Il comprend 5 feuilles

REUNIONS D'INFORMATIONS

Salle Birgy	Le Mercredi 12 Juin à 18h	Pour le Centre Juillet Primaire
Salle Birgy	Le Mercredi 19 Juin à 18h30	Pour le Centre Juillet Maternelle
Salle Birgy	Le Jeudi 20 Juin à 18h30	Pour le Centre de Loisirs Août

Ce dossier est à remettre, pour contrôle par les services de la commune, avant le 28/06/2019

ATTENTION !

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA RENVOYE DANS LA MAIRIE D'ORIGINE POUR RECTIFICATION





NOM de l'enfant :

Prénom :

Adresse : N° RUE :

VILLE :

Tel Fixe :

Portable :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Age exact en Juillet 2019 :

Classe suivie en 2018-2019 :

Carte d'identité n°

Passeport n°

Votre enfant a-t-il ?

Le brevet de natation Oui Non

L'enfant prendra t-il le bus ?
Oui Non

Dossier d'Inscription

	08/07/2019 au 12/07/2019 (5j)
	15/07/2019 au 19/07/2019 (5j)
	22/07/2019 au 26/07/2019 (5j)
	29/07/2019 au 02/08/2019 (5j)

	05/08/2019 au 09/08/2019 (5j)
	12/08/2019 au 16/08/2019 (4j)
	19/08/2019 au 23/08/2019 (5j)

POUR AOUT MERCI DE COMPLETER OBLIGATOIREMENT L'IMPRIME SUIVANT

Joindre impérativement une attestation de la CAF ou l'avis d'imposition 2018
 Possibilité de déduction de l'aide « temps libres » (joindre attestation CAF)

	Quotient Familial < à 700€	701€ < Quotient Familial > 1300€	Quotient Familial > 1301 euros
1 semaine (5 jours)	55 euros 2ème enfant et suivant	60 euros 2ème enfant et suivant	65 euros 2ème enfant et suivant
1 semaine (4 jours)	50 euros 2ème enfant et suivant	55 euros 2ème enfant et suivant	60 euros 2ème enfant et suivant
EXTERIEURS	Quotient Familial < à 700€	701€ < Quotient Familial > 1300€	Quotient Familial > 1301 euros
1 semaine (5 jours)	120 euros	125 euros	130 euros
1 semaine (4 jours)	96 euros	100 euros	104 euros

Le centre de loisirs fonctionne en partenariat avec la CAF

Inscription des enfants pour le mois d'Août

Cette année, afin de proposer davantage de souplesse dans le choix des activités de votre enfant, l'accueil de loisirs d'Août vous permet de formuler des souhaits entre deux programmes d'activités.

Les groupes 1 et 2 seront ouverts aux enfants de 6 à 9 ans inclus.

Les groupes 3 et 4 seront ouverts aux enfants de 10 à 13 ans inclus.

Pour les enfants encore scolarisés en maternelle et les adolescents, l'organisation des groupes reste le même que l'été dernier.

Les inscriptions seront réalisées dans la limite des places disponibles. Le nombre de places par groupe sera limité pour respecter les taux d'encadrement prévus par la législation. Si votre premier souhait ne peut être garanti, votre enfant sera inscrit automatiquement sur le second planning d'activité.

Foire aux Questions

- Puis-je inscrire mon enfant dans le groupe 1 une semaine et dans le groupe 2 la semaine suivante?

Ouï! À partir du moment où il a un âge adapté au groupe, le choix est donc possible à la semaine.

- Mon enfant peut-il être dans le même groupe que son copain?

Lors de l'inscription, il appartient aux parents de chaque enfant de formuler le même souhait. Au cas, où les enfants ne seraient pas affectés au même groupe, il restera toujours un grand jeu ou des activités sur place, où les enfants pourront se retrouver.

- Suis-je sûr que mon enfant sera dans le groupe que j'indique?

Nous espérons donner satisfaction à chacun. En revanche, pour des raisons de législation, il est possible que votre enfant soit orienté sur son second choix.

- Est-ce que le centre fonctionnera toujours de cette façon?

Suivant le succès de l'opération, il est possible que nous renouvelerons l'action dans les années à venir.

- Pourquoi ne pas élargir aux enfants de maternelle et aux adolescents?

Ce projet est testé cette année pour les enfants de 6 à 13 ans. Nous déciderons ultérieurement, s'il est opportun de le mettre en place pour les autres tranches d'âges.

Inscription Centre Août 2019

Pour les enfants de primaire, merci d'indiquer par une croix l'inscription de la semaine sous le thème préféré, en tenant compte de l'âge du participant.

Date	GA Maternels (Jusqu'à 6 ans inclus pour les enfants scolarisés en Maternelle en 2018 - 2019) Un monde imaginaire et fantastique	G1 6-9 ans (à partir de 6 ans, scolarisés en primaire en 2018-2019) L'eau et les 5 sens	G2 6-9 ans (à partir de 6 ans, scolarisés en primaire en 2018-2019) De la pâte à la main verte	G3 10-13 ans Les savants fous	G4 10-13 ans Le tour du monde	G5 Adolescents 14- 16 ans Sport, santé et bien-être
Semaine 1 05/08/2019 au 09/08/2019 (5j)						
Semaine 2 12/08/19 au 16/08/19 (4j)						
Semaine 3 19/08/19 au 23/08/19 (5j)						

• sous réserve de places suffisantes dans le groupe indiqué.

Nom Prénom de l'enfant :

AUTORITE PARENTALE

- Parents
- Mère (Joindre copie du Jugement)
- Père (Joindre copie du Jugement)



RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

CPAM : Caisse

n° assuré :

MUTUELLE : Nom :

n° assuré :

Allocation familiale : n°

PERSONNES AUTORISEES A REPENDRE L'ENFANT

Nom-Prénom	N° de Tel Portable

Une pièce d'identité sera demandée

AUTORISATION DU DROIT A L'IMAGE

Je soussigné Mr/Mme

AUTORISE (*)

N'AUTORISE PAS (*)

Le Centre de Loisirs de Saint-Venant à utiliser l'image de mon enfant afin de publier d'éventuelles photos ou vidéos sur la page Facebook du centre ou dans la presse, dans l'unique but de promouvoir un évènement ou d'en faire un bilan.

Date :

Signature :

(*) Barrer la mention inutile

Vérifié par la Mairie d'accueil

Dossier :

complet

incomplet

(barrer la mention inutile)



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I. ENFANT NOM : PRENOM :
 SEXE GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE : ____/____/____

II. VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Précisez si il s'agit :		VACCINS PRATIQUES		DATES	
Du DT polio					
Du DT coq					
Du Tétracoq					
D'une prise poilo	RAPPELS				

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
DATES		DATES		DATES	
1 ^{er} VACCIN	____/____/____	VACCIN	____/____/____		
REVACCINATION	____/____/____	1 ^{er} RAPPEL	____/____/____		

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT POURQUOI ?

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
		____/____/____

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
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"/> oui <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
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"/> oui <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

.....

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

.....

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT ? non oui
 SI OUI, LEQUEL ?

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? non occasionnellement oui
 S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? non oui

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT NOM : PRENOMS :
 ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° DE S.S. : N° DE TEL : DOMICILE : BUREAU :

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacte les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : Signature :

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR : Cachet de l'organisme (siège social)

.....

ARRIVEE LE ____/____/____
 DEPART LE ____/____/____

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)
 PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

.....
