



**BULLETIN D'INSCRIPTION**

**LE REGLEMENT SE FERA IMPERATIVEMENT A LA PERCEPTION DE SAINT-VENANT**

Nom de l'enfant : ..... Prénom : .....

NOM et Prénom du Responsable Légal : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Date et Lieu de Naissance : .....

Age exact en JUILLET 2020 :            ans                                    Classe en 2019-2020 : .....

Du 06/07/2020 au 10/07/2020 (5j)
Du 13/07/2020 au 17/07/2020 (4j)
Du 20/07/2020 au 24/07/2020 (5j)
Du 27/07/2020 au 31/07/2020 (5j)

Du 3/08/2020 au 07/08/2020 (5j)
Du 10/08/2020 au 14/08/2020 (5j)
Du 17/08/2020 au 21/08/2021 (5j)

l'enfant prendra-t-il le bus (communes partenaires)	<b>OUI le matin</b>	<b>NON le matin</b>
	<b>OUI le soir</b>	<b>NON le soir</b>

<b>AUTORITE PARENTALE</b>	<b>CONJOINTE</b>	<b>MERE</b> joindre la copie du jugement	<b>PERE</b> joindre la copie du jugement
---------------------------	------------------	---	---

\*\*\*\*\*

**Caisse Primaire de sécurité sociale :**

Organisme : ..... N° immatriculation : .....

**Mutuelle :**

Organisme : ..... N° immatriculation : .....

**Allocations Familiales :**

N° d'allocataire: .....

\*\*\*\*\*

Je soussigné, ..... Responsable de l'enfant autorise la Directrice ou le Directeur du CLSH à prendre toutes les mesures qu' (il) elle jugerait utile au cas où l'enfant aurait besoin de soins urgents et m'engage à envoyer mon enfant en bonne santé au CLSH.

A SAINT-VENANT le .....

SIGNATURE

# TARIFS CENTRE DE LOISIRS

## ETE 2020

**A la demande de la CAF, les tarifs appliqués prennent en compte le quotient familial. Il faut joindre impérativement une attestation de la CAF ou l'avis d'imposition 2019**

**SAINT-VENANTAIS ET COMMUNES PARTENAIRES** (Robecq, Mont-Bermenchon, Saint-Floris, Guarbecque, Busnes, Calonne sur la Lys)

	Quotient Familial <à 700€	701€<Quotient Familial>1300€	Quotient Familial > 1301 euros
<b>1 semaine (5 jours)</b>	<b>53 euros</b> 2ème enfant et suivant <b>48 euros</b>	<b>58 euros</b> 2ème enfant et suivant <b>53 euros</b>	<b>63 euros</b> 2ème enfant et suivant <b>58 euros</b>
<b>1 semaine (4 jours)</b>	<b>42 euros</b> 2ème enfant et suivant <b>38 euros</b>	<b>46 euros</b> 2ème enfant et suivant <b>42 euros</b>	<b>50 euros</b> 2ème enfant et suivant <b>46 euros</b>

### EXTERIEURS

	Quotient Familial <à 700€	701€<Quotient Familial>1300€	Quotient Familial > 1301 euros
<b>1 semaine (5 jours)</b>	<b>116 euros</b>	<b>121 euros</b>	<b>126 euros</b>
<b>1 semaine (4 jours)</b>	<b>92 euros</b>	<b>97 euros</b>	<b>101 euros</b>

**LES SEJOURS NE SERONT REMBOURSES QU'A PARTIR DU 5EME JOUR D'ABSENCE SOUS PRESENTATION D'UN CERTIFICAT MEDICAL**

**Centre de Loisirs fonctionne en partenariat avec la CAF D'ARRAS**  
Possibilité de déduction de l'aide « temps libres » (joindre attestation CAF)



**les Communes partenaires payent le tarif Saint-Venantais du fait de la convention signée avec la Mairie de SAINT-VENANT.**



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M  F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

### 1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

### 2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES  oui  non  
 MEDICAMENTEUSES  oui  non  
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) :  oui  non  
 Précisez : .....

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser  oui  non  
 .....

### 3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

### 4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : .....

TEL PORTABLE : ..... TEL TRAVAIL : .....

Responsable N°2 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : .....

TEL PORTABLE : ..... TEL TRAVAIL : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :

