



BULLETIN D'INSCRIPTION

ACCUEIL DE LOISIRS

A NOTER DANS VOTRE AGENDA

Une réunion d'information aura lieu le
VENDREDI 1^{ER} JUILLET.

- 17H30 ALSH JUILLET MATERNEL
- 18H ALSH JUILLET PRIMAIRE
- 18H30 ALSH AOUT



Nom de l'enfant : Prénom :

NOM et Prénom des Responsables Légaux :

Adresse :

Téléphone : Date et Lieu de Naissance :

Age exact en JUILLET 2022 : ans Classe en 2021-2022 :

L'accueil Loisirs est accessible aux enfants à partir de 3 ans et jusqu'en 3^{ème}.

Du 11/07/2022 au 15/07/2022 (4j)	Du 01/08/2022 au 05/08/2022 (5j)
Du 18/07/2022 au 22/07/2022 (5j)	Du 08/08/2022 au 12/08/2022 (5j)
Du 25/07/2022 au 29/07/2022 (5j)	Du 16/08/2022 au 19/08/2022 (4j)

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

AUTORITE PARENTALE	CONJOINTE	MERE joindre la copie du jugement	PERE joindre la copie du jugement
--------------------	-----------	--------------------------------------	--------------------------------------

Je soussigné, Responsable de l'enfant autorise la Directrice ou le Directeur de l'accueil 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

Documents à joindre : - Photocopie du carnet de Vaccinations - Avis d'imposition 2021 OU attestation CAF
ATTENTION ! LE DOSSIER SERA ACCEPTE S'IL EST COMPLET ET SIGNE.

TARIFS ACCUEIL LOISIRS

ETE 2022

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 2021

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
1 semaine (5 jours)	53 euros 2ème enfant et suivant 48 euros	58 euros 2ème enfant et suivant 53 euros	63 euros 2ème enfant et suivant 58 euros
1 semaine (4 jours)	42 euros 2ème enfant et suivant 38 euros	46 euros 2ème enfant et suivant 42 euros	50 euros 2ème enfant et suivant 46 euros

EXTERIEURS

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

- **LE REGLEMENT DE LA FACTURE DOIT SE FAIRE IMPERATIVEMENT A LA TRESORERIE DE LILLERS OU A LA CIVETTE DE PARIS**
- **POUR UN REGLEMENT EN PLUSIEURS FOIS MERCI DE VOUS ADRESSER DES RECEPTION DE LA FACTURE A LA TRESORERIE DE LILLERS**

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

L'accueil 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.



Caisse Primaire de sécurité sociale :

Organisme : N° immatriculation :

Mutuelle :

Organisme : N° immatriculation :

Allocations Familiales :

N° d'allocataire:



Autorisation de prise de vues

Dans le cadre du fonctionnement de l'accueil de loisirs, nous envisageons de prendre des photographies ou des films de votre enfant pendant diverses activités ou animations.

Les prises de vues se cantonneront évidemment au fonctionnement habituel d'un centre de vacances et l'intimité des enfants sera bien sur respectée ainsi que leur dignité et leur réputation.

Par soucis de la protection des enfants ces photographies seront ou remises aux enfants concernés ou détruites dès la fin du centre. Cette autorisation est valable jusqu'au 19/08/2022

Afin de nous permettre de réaliser ce projet en toute légalité, merci de bien vouloir remplir L'autorisation de prise de vue suivante.

Je soussigné(e)responsable légal de.....

Autorise

N'autorise pas l'équipe du centre de loisirs

à prendre et diffuser des photographies de notre enfant en vue d'une diffusion interne créé par l'accueil de loisirs

Accord du jeune

Signature du responsable de l'enfant
pour les activités et prises de vues



1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

CARÇON FILLE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

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
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Oui DT polio				Autres (préciser)	
Oui Tétracoq					
BCC					

Si L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE 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"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR)

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (PACQUIATIF)..... BUREAU :

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.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS