



CENTRE DE LOISIRS du 11/07/2022 AU 05/08/2022 - Enfants âgés de 4 à 12 ans :

ATTENTION : DATE LIMITE RETOUR D'INSCRIPTIONS EN MAIRIE : 24/06/2022

Identité	Nom	Prénom	Date et Lieu de Naissance
L'enfant			
Parent 1			<i>Quotient Familial :</i>
Parent 2			

* Calcul du quotient familial : (revenus annuels 2020 divisé par votre nombre de parts divisé par 12)

Entourer la mention utile : Allocataire CAF / Allocataire MSA

Adresse :

Téléphone : Mail :

Mon enfant sera inscrit : Semaine 1 Semaine 2 Semaine 3 Semaine 4

Mon enfant Bénéficiera de repas : Semaine 1 Semaine 2 Semaine 3 Semaine 4

Avez-vous besoin d'une Facture justificative ? OUI ...NON

Le bulletin d'inscription, accompagné du paiement (pour les chèques, à l'ordre de la F.O.L) et originaux des bons vacances (CAF) ou attestation MSA sont à rendre à l'inscription. Sans présentation des justificatifs originaux délivrés par la CAF, le tarif le plus élevé sera appliqué.

Grille des Tarifs : Inscription en semaine complète uniquement :

Semaine 5 Jours	Velaines		Extérieurs		ATL à retrancher
	Avec Repas	Sans Repas	Avec Repas	Sans Repas	
QF 0-550	62,00 €	41,00 €	70,00 €	48,00 €	40,00 €
QF 551 - 700	62,00 €	41,00 €	70,00 €	48,00 €	35,00 €
QF > 700	64,00 €	43,00 €	72,00 €	50,00 €	0,00 €

Semaine 4 Jours	Velaines		Extérieurs		ATL à retrancher
	Avec Repas	Sans Repas	Avec Repas	Sans Repas	
QF 0-550	50,00 €	33,00 €	56,00 €	38,00 €	32,00 €
QF 551 - 700	50,00 €	33,00 €	56,00 €	38,00 €	28,00 €
QF > 700	51,00 €	34,00 €	57,00 €	40,00 €	0,00 €

Calculez votre Tarif :

Semaine n°	Tarif semaine	Moins	Bons ATL	Egal	Votre Tarif :
1 du 11 au 15 Juillet (4J)		-		=	
2 du 18 au 22 Juillet (5J)		-		=	
3 du 25 au 29 Juillet (5J)		-		=	
4 du 01 au 05 Août (5J)				=	
				Total	

Velaines

Votre Règlement : *Les chèques CESU sont refusés.*

Type de Règlement :	Chèque n°.....	Espèces	Chèque Vacances
Indiquer le montant :			

Madame / Monsieur / Responsable légal de l'enfant ATTENTION FICHE RECTO/VERSO ..

- Déclare avoir pris connaissance de l'intégralité du règlement intérieur, s'engage à le respecter et informer le responsable de tout changement lié au fonctionnement de l'ACM.
- Autorise mon enfant inscrit à participer aux activités organisées par le centre (sauf contre-indication médicale à signaler sur la fiche sanitaire de liaison).
- Procède au règlement à l'ordre de la Fédération des Œuvres Laïques en même temps que l'inscription.
- Autorise les prises de vue et leurs publications sur les différents supports de communication de l'association ou de la collectivité. Si vous vous y opposez, cochez la case suivante

A..... LE **Signature du responsable légal :**

Velaines



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON

FILLE

CETTE FICHE EST OBLIGATOIRE

ELLE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ET ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ

2 -VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

JOINDRE LA PHOTOCOPIE DES PAGES DU CARNET DE VACCINATION (obligatoire)

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 OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	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)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Velaines

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 / PRENOM :

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) :

.....
.....
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :

BUREAU :AUTRE (PRÉCISER) :

.....

NOM / ADRESSE ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT :

.....

NUMERO DE SECURTIE SOCIALE :

N° D'ALLOCATAIRE CAF (si QF < 700) :

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.

Date :

Signature :