

# Familles Rurales l'Épine

## Accueil de loisirs

### Du 10 au 28 juillet 2023



Accueil des enfants de 3 à 15 ans au CFPPA

#### Inscriptions

Mardi 9 mai de 18h30 à 20H

Samedi 13 mai de 10h à 12h

Au CFPPA – 52 allée du Château – L'Épine



ASSOCIATION  
DE L'ÉPINE



#### Pièces du dossier d'inscription :

- Un **bulletin d'inscription** dûment complété et signé,
- Une **fiche de renseignements** et une **fiche sanitaire**
- Une copie des pages «**vaccinations**» du **carnet de santé**,
- Un document CAF mentionnant le quotient familial
- Pour les personnes concernées se munir **du courrier de la CAF de notification de droit d'Aides aux temps libres 2022** pour bénéficier des tarifs dégressifs sur la base du tarif CAF QF+750.

**Nous n'acceptons plus les inscriptions en dehors des 2 jours prévus à cet effet, et uniquement avec le dossier d'inscription complet (1 dossier par enfant), ainsi que le règlement de la totalité du séjour.**

**Nombre de places limité**

Possibilité de paiement par chèques, chèques vacances et bons CAF.

Contact : [clshlepine@wanadoo.fr](mailto:clshlepine@wanadoo.fr)

Président de l'association Familles Rurales : Samuel LAGILLE

Directrice de l'ALSH de l'Épine : Bénédicte DUCELLIER

#### FORMULES A LA SEMAINE :

Journée : de 10h00 à 12h00 et de 14h00 à 17h30.

Garderie : de 8h à 9h45 et de 17h30 à 18h00

Cantine : 5 jours par semaine, pique-nique à prévoir généralement lors des sorties à la journée (dates à préciser).

#### ACTIVITÉS :

De nombreuses activités sportives et de loisir prévues par l'équipe d'animation : équitation, accrobranche, grands jeux, piscine...

Sortie Nigloland jeudi 13 (pique-nique à prévoir)

Mini-camp sportif à Haussimont réservé aux enfants nés avant 2012

## BULLETIN D'INSCRIPTION (à joindre au dossier d'inscription)

NOM : \_\_\_\_\_ (Préciser si le nom est différent de celui des parents) PRENOM: \_\_\_\_\_  
 N° TELEPHONE : \_\_\_\_\_ EMAIL : \_\_\_\_\_  
 QUOTIENT FAMILIAL :  ≤750€  >750€ N° allocataire CAF/MSA: \_\_\_\_\_

TARIFS en euros – cocher les semaines et les options souhaitées en fonction de votre quotient familial			
<b>Semaine du 10 au 13 juillet 2023 (4 jours) + Nigloland le 13</b>	<b>Régime CAF QF inf. ou égal à 750€</b>		<b>Régime CAF QF sup. à 750€ et MSA</b>
Semaine seule 10h00-12h00/14h00-17h30	75		85
Semaine + garderie	80		90
Semaine + garderie + cantine	95		105
			SOUS - TOTAL SEMAINE :
<b>Semaine du 17 au 21 juillet 2023 (5 jours)</b>	<b>Régime CAF QF inf. ou égal à 750€</b>		<b>Régime CAF QF sup. à 750€ et MSA</b>
Semaine seule 10h00-12h00/14h00-17h30	55		65
Semaine + garderie	60		70
Semaine + garderie + cantine	80		90
Semaine + Mini-camp haussimont du 17 au 20 + garderie + cantine	120		130
			SOUS - TOTAL SEMAINE :
<b>Semaine du 24 au 28 juillet 2023 (5 jours)</b>	<b>Régime CAF QF inf. ou égal à 750€</b>		<b>Régime CAF QF sup. à 750€ et MSA</b>
Semaine seule 10h00-12h00/14h00-17h30	55		65
Semaine + garderie	60		70
Semaine + garderie + cantine	80		90
			SOUS - TOTAL SEMAINE :
			<b>TOTAL</b>



**Carte d'adhérent « Familles rurales » 2023 obligatoire**  
**Carte Familles Rurales l'Epine : 28,00€ (paiement séparé)**

Date : \_\_\_\_\_  
**Signature du responsable légal :** \_\_\_\_\_



Marne

## L'EPINE

### Enfants inscrits :

Nom	Prénom	Date de naissance	Classe fréquentée

### Responsables légaux des enfants :

Monsieur :	Madame :
Adresse :	Adresse :
Tél. domicile :	Tél. domicile :
Portable :	Portable :
Mail :	Mail :
Nom et adresse de l'employeur :	Nom et adresse de l'employeur :
Tél professionnel :	Tél professionnel :

### Régime sous lequel les enfants sont inscrits :

N° de sécurité sociale : .....

Régime général	MSA, autre
N° allocataire CAF :	
Quotient familial :	



## AUTORISATION DE SORTIE :

Je soussigné(e) : ..... responsable des enfants  
accepte que :

mon enfant ..... quitte le lieu d'activités seul .....  oui  non

mon enfant ..... quitte le lieu d'activités seul .....  oui  non

mon enfant ..... quitte le lieu d'activités seul .....  oui  non

mon enfant ..... quitte le lieu d'activités seul .....  oui  non

si **NON**, nom des personnes(+ téléphone) autorisées à reprendre les enfants

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



## AUTORISATION A L'IMAGE : OUI NON

Nous autorisons la reproduction et/ou la diffusion des photographies et/ou des vidéos de nos enfants ou/et de nous-même réalisées par Familles Rurales. Pour les usages exclusifs suivants : journaux, supports vidéos, illustrations de documents d'information, illustration du site Internet Familles Rurales.



## AUTORISATION D'ACTIVITES :

Nous autorisons nos enfants à participer à l'ensemble des activités proposées par l'association, dans le cadre du Projet Pédagogique ainsi qu'à l'ensemble des sorties organisées, notamment :

Transport en bus ou minibus lors des sorties  OUI  NON

Séjours courts  OUI  NON

Baignade  OUI  NON

Pour information : mes enfants savent nager  OUI  NON



## **AUTORISATION MEDICALE :**

En cas d'accident, les responsables s'engagent à nous avertir immédiatement :

Nom et prénom : .....

Nous autorisons les responsables de l'activité à présenter nos enfants à un médecin en cas de soin à donner d'urgence et si nécessaire sous anesthésie. Nous nous engageons à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels. De préférence le Docteur .....

L'enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. Dans la mesure du possible, nous désirons que nos enfants soient transportés par les services d'urgence ; hôpital ou clinique :

Nom :

Adresse :

*Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée avec la fiche sanitaire.*

**Fait le .....** **à .....**

**SIGNATURES DES RESPONSABLES LEGAUX**

**Précédé de « LU ET APPROUVÉ »**

**Formulaire de consentement RGPD**  
(règlement général de protection des données)

Je soussigné(e), Monsieur/Madame (NOM Prénom) \_\_\_\_\_, accepte que l'ALSH de L'Épine enregistre et traite les données à caractère personnel et sanitaire que j'ai renseignées dans le dossier d'inscription ou dans les documents remis. Je prends note que la collecte de ces données est nécessaire à la bonne gestion du service mis en place par l'ALSH de L'Épine.

Vous disposez d'un droit d'accès à toutes les données à caractère personnel recueillies dans le cadre du dossier d'inscription ou dans les documents remis. Vous disposez également d'un droit de retrait de votre consentement à tout moment, de rectification, d'opposition, de restitution et de suppression de vos données en faisant votre demande auprès de l'ALSH.

Vous pouvez contacter l'ALSH à l'adresse mail suivante : [clshlepine@wanadoo.fr](mailto:clshlepine@wanadoo.fr).

Pour toute information complémentaire ou réclamation, vous pouvez contacter la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).

À défaut de consentement quant à la collecte et au traitement de vos données, l'ALSH ne sera pas en mesure de traiter votre demande.

Fait le : \_\_/\_\_/\_\_ à \_\_\_\_\_

Signature



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON ANNEE 2022/2023

## 1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES DE L'ENFANT ; ELLE 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). Vous pouvez nous joindre une photocopie des vaccins.

VACCINS OBLIGATOIRES	oui non		DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> 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**? Oui  Non

L'enfant a-t-il un **PAI**? Oui  Non

**Si oui**, joindre une **ordonnance** récente, le **PAI** 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 AIGU	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 .....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussigné, ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure, 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 (en cas de séjour) A L'ATTENTION DES FAMILLES**

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