

PIECES 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 2020** pour bénéficier des tarifs dégressifs sur la base du tarif CAF QF+659.



Nous n'acceptons plus les inscriptions en dehors des 2 jours prévus à cet effet, 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

Président de l'association Familles Rurales : Samuel LAGILLE

Directrice de l'ALSH de l'Epine : Bénédicte DUCCELLIER

FORMULES A LA SEMAINE :

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

Garderie : de 8h à 9h45 à l'école et jusqu'à 18h00 sur le site d'accueil de votre enfant (école ou CFPPA).

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

ACTIVITES :

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

(Sous réserve des restrictions sanitaires en vigueur).

ALSH - L'EPINE

12 au 30 juillet 2021

Enfants de 3 à 15 ans



A l'école pour les 3 à 5 ans



Au CFPPA à partir de 6 ans

Inscriptions

Vendredi 14 mai + vendredi 21 mai de 16h à 18h30

Au CFPPA - 52 allée du Château - L'Epine

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 : <659€ >659€ N° allocataire CAF/MSA (autre) : _____

TARIFS en euros – cocher les semaines et les options souhaitées en fonction de votre quotient familial					
Semaine du 12 au 16 juillet 2021 (4 jours)	Régime CAF QF inf. ou égal à 659 €		Régime CAF sup. à 659 €		Autres régimes
Semaine seule 10h00-12h00/14h00-17h30	40		50		55
Semaine + garderie	45		55		60
Semaine + garderie + cantine	60		70		75
	SOUS - TOTAL SEMAINE :				
Semaine du 19 au 23 juillet 2021 (5 jours)	Régime CAF QF inf. ou égal à 659 €		Régime CAF sup. à 659 €		Autres régimes
Semaine seule 10h00-12h00/14h00-17h30	50		60		65
Semaine + garderie	55		65		70
Semaine + garderie + cantine	75		85		90
	SOUS - TOTAL SEMAINE :				
Semaine du 26 au 30 juillet 2021 (5 jours)	Régime CAF QF inf. ou égal à 659 €		Régime CAF sup. à 659 €		Autres régimes
Semaine seule 10h00-12h00/14h00-17h30	50		60		65
Semaine + garderie	55		65		70
Semaine + garderie + cantine	75		85		90
	SOUS - TOTAL SEMAINE :				
TOTAL					



Carte d'adhérent « Familles rurales » 2021 obligatoire
Carte Familles Rurales l'Epine : 28,00€ (paiement séparé)

Date : _____
Signature du responsable légal : _____



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

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	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
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"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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"/>	

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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

 NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

 NON OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS



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 (vente de CD) 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 voiture individuelle (co-voiturage, mini bus) 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 »