



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ACCUEIL DE LOISIRS  
VACANCES et MERCREDIS  
2020/2021

TEL : 06-85-58-31-82

NOM ET PRÉNOM DE  
L'ENFANT : .....

DATE DE NAISSANCE : .....LIEU DE NAISSANCE .....

CLASSE FREQUENTÉE:.....  
.....

SEXE : F  M

Parent 1	Parent 2
NOM : .....	NOM : .....
PRENOM(s) : .....	PRENOM(s) : .....
ADRESSE : .....	ADRESSE : .....
.....	.....
CP : ..... COMMUNE : .....	CP : ..... COMMUNE : .....
PROFESSION : .....	PROFESSION : .....
NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR : ..... .....	NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR : ..... .....
DOMICILE .....	DOMICILE .....
.....	.....
PROFESSIONNEL .....	PROFESSIONNEL .....
<b>ADRESSE MAIL pour recevoir les programmes et les fiches d'inscription :</b> .....@.....	<b>ADRESSE MAIL pour recevoir les programmes et les fiches d'inscription :</b> .....@.....

Situation familiale :

Marié(e)  veuf(ve)  pacsé(e)  célibataire  divorcé(e)  séparé(e)  vie maritale

Régime :

AGRICOLE  AUTRE

Numéro allocataire CAF : .....

Quotient CAF ≤ 760 €      oui       non   
(si oui joindre l'attestation CAF)

N° de sécurité sociale dont dépend l'enfant: .....

Assurance responsabilité civile souscrite auprès de : .....

Frères et sœurs

Nom	prénom(s)	âges

Personnes autorisées à prendre l'enfant

Nom, prénom	Lien avec l'enfant	Numéro de téléphone

FICHE DE LIAISON SANITAIRE :

L'enfant est-il à jour de ses vaccins (Anti poliomyélite-antidiphtérique- antitétanique – anti coqueluche) :  
oui  non

Joindre photocopie du carnet de santé OBLIGATOIRE

L'enfant suit-il un traitement : oui  non

Si oui lequel : .....

(nous vous informons que les traitements ne seront administrés qu'en présence d'une prescription médicale)

Allergies :

Asthme non  oui   
Alimentaire non  oui  si oui lesquelles .....

Médicamenteuse non  oui  si oui lesquelles.....

Difficultés de santé (maladies, accidents, opérations,...) :

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

Nom du médecin traitant : .....

☎ : .....

L'enfant suit-il un traitement qui nécessite un Projet d'Accueil Individualisé ? oui  non   
(si oui veuillez nous fournir une copie du PAI)

Si l'enfant porte des lunettes,  
doit-il les garder pour les activités sportives et de loisirs oui  non

Autorisez-vous votre enfant à participer à des activités de baignade (piscine, mer) oui  non

Votre enfant sait-il nager ? oui  non

Si votre enfant a son brevet de natation veuillez nous en fournir une copie.

**Je soussigné (e)**.....

responsable de l'enfant .....

**autorise** la prise de photos, vidéos ou enregistrements sonores de mon enfant et la parution de celles-ci    oui     non

**autorise** la directrice de l'accueil de loisirs à faire soigner mon enfant et faire pratiquer les interventions d'urgence suivant les prescriptions du médecin.

**certifie** que les vaccins réglementaires de mon enfant sont à jour.

**déclare** que mon enfant n'a pas de problèmes de santé incompatibles avec la vie en collectivité.

**autorise** mon enfant à participer aux sorties organisées par l'accueil de loisirs.

**déclare** avoir pris connaissance du règlement intérieur et des tarifs de l'accueil de loisirs.

A ..... le.....    Signature

# TARIFS 2020/2021

(les tarifs sont revalorisés chaque année au 1<sup>er</sup> septembre)

	QUOTIENT	Réservations dans les délais	Réservations hors délais
<b>JOURNEE</b>			
Allocataire CAF quotient 1	≤ 580	8.03 €	9.87 €
Allocataire CAF quotient 2	581 ≤ 760	11.72 €	12.95 €
Allocataires CAF quotient 3	>760	14.18 €	14.79 €
Non allocataires CAF		14,18 €	14.79 €
Régime MSA		15.40 €	15.99 €

<b>1/2 JEE SANS REPAS</b>			
Allocataire CAF quotient 1	≤ 580	3,69 €	4,62 €
Allocataire CAF quotient 2	581 ≤ 760	5,54 €	6,15 €
Allocataires CAF quotient 3	>760	6,77 €	7,08 €
Non allocataires CAF		6,77 €	7,08 €
Régime MSA		7,38 €	8,11 €

<b>1/2 JEE AVEC REPAS</b>			
Allocataire CAF quotient 1	≤ 580	6,80 €	7,71 €
Allocataire CAF quotient 2	581 ≤ 760	8,63 €	9,24 €
Allocataires CAF quotient 3	>760	9,86 €	10,17 €
Non allocataires CAF		9,86 €	10,17 €
Régime MSA		10,47 €	11,31 €

<b>SORTIE PAYANTE VEILLÉE</b>			
Allocataire CAF quotient 1	≤ 580	1,72 €	2,24 €
Allocataire CAF quotient 2	581 ≤ 760	2,42 €	3,14 €
Allocataires CAF quotient 3	>760	3,10 €	4.03 €
Non allocataires CAF		3,10 €	4.03 €
Régime MSA		3,44 €	4,48 €

- Les inscriptions sont admises dans l'ordre d'arrivée et dans la limite des effectifs autorisés par la DDCS
- Les réservations sont fermes et définitives.
- Seules les absences pour maladie donnent droit à régularisation le mois suivant sur présentation d'un certificat médical.