

**A REMPLIR A CHAQUE PERIODE D'INSCRIPTION**  
 Pour une inscription, la section des vallées envoie par email le dossier d'inscription 2018. Il est à compléter  
 (Attestation d'assurance, fiche sanitaire dûment remplie et signée)

NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT : .....

 **HIVER** – Inscription jusqu'au 31 janvier 2018 :

12/02	13/02	14/02	15/02	16/02	16/02	17/02	19/02	20/02	21/02	22/02	23/02
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

 **PRINTEMPS** – Inscription jusqu'au 28 mars 2018 :

9/04	10/04	11/04	12/04	13/04	14/04	15/04	16/04	17/04	18/04	19/04	20/04
------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

 **Juillet** – Inscription jusqu'au 27 juin 2018 :

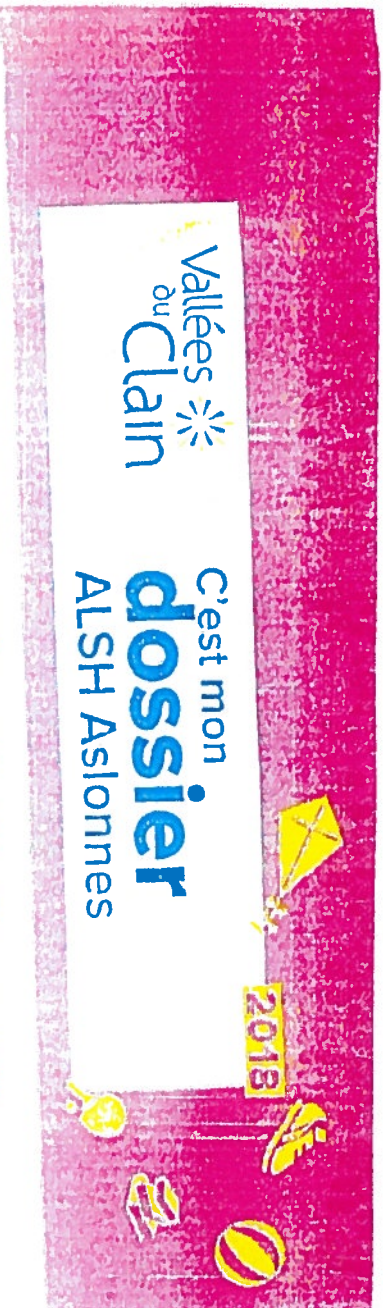
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3
---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	---	---	---

 **AUTOMNE** – Inscription jusqu'au 10 octobre 2018 :

22/10	23/10	24/10	25/10	26/10	27/10	28/10	29/10	30/10	31/10
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Fermé le 2 novembre 2018.

Q.F. =	HIVER	PRINTEMPS	ÉTÉ	AUTOMNE
Prix de journée				
Prix de semaine				
Bus				
Aides				
Total payé				
N° de bordereau				



**ENFANT**

NOM : ..... PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....  FILLE  GARÇON

ADRESSE : .....

NUMERO ALLOCATAIRE CAF ou MSA : .....

ETABLISSEMENT SCOLAIRE FRÉQUENTÉ : .....

L'ENFANT SAIT-IL NAGER ?  oui (fournir obligatoirement le Test d'Aisance Aquatique)  non

**PARENTS**

GARDE PARENTALE :  CONJOINTE  PARTAGÉE ou  AUTRE (Tuteur, ...)

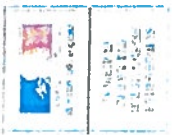
EXCLUSIVE :  père  mère

<b>PARENT 1 :</b> <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur NOM : ..... PRÉNOM : ..... ADRESSE : ..... Tél domicile : ..... Tél professionnel : ..... Tél portable : ..... Em@il : .....	<b>PARENT 2 :</b> <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur NOM : ..... PRÉNOM : ..... ADRESSE : ..... Tél domicile : ..... Tél professionnel : ..... Tél portable : ..... Em@il : .....
---	---

- Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (+ lien de parenté et n° de téléphone): .....
- Merci de nous indiquer qui prend en charge les factures afférentes aux activités de l'enfant :
  - Parents  Père  Mère  Tuteur  organisme social : .....
- Documents à nous fournir avec le dossier :**
  - Attestation d'assurance extra scolaire ou de responsabilité civile



Attestation de test d'aisance aquatique



### Code de l'action sociale et des familles Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.  
Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé.

**Enfant:**  fille  garçon Date de naissance : .....  
 Prénom : .....  
 Adresse : .....

#### I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations du futurité)

Vaccins obligatoires	Date du dernier rappel		Vaccins recommandés		Date du dernier rappel
	oui	non	oui	non	
Diphtérie			Hépatite B		
Tétanos			Rubéole		
Poliomyélite			Coqueluche		
ou DT polio			Autres (préciser)		
ou Tétracoq					
B.C.G.					

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

#### II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ?  oui  non  
 Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

**Attention ! Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

<b>Rubéole</b>	<b>Varicelle</b>	<b>Angine</b>	<b>Scarlatine</b>	<b>Coqueluche</b>
<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"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Otite</b>	<b>Rougeole</b>	<b>Oreillons</b>	<b>Rhumatisme articulaire aigu</b>	
<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	

#### • **Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) :**

Votre enfant présente-t-il des difficultés ? santé (maladies, malformations, allergies, port de lunettes, de diabolos, de prothèses auditives), handicap, comportements... ?  oui  non  
 Si oui, lesquelles .....

Conduite à tenir : .....

Ces difficultés nécessitent-elle la mise en place d'un accueil individualisé ?  oui (fournir le protocole)  non

Percevez-vous l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (A.E.H.) ?  oui (fournir une attestation)  non

Votre enfant bénéficie-t-il de l'aide d'une auxiliaire de vie à l'école (A.V.S.) ?  oui  non

• L'enfant suit-il un **régime alimentaire particulier** (sans porc, végétarien, ...) ?  oui  non

Si oui, merci de préciser : .....

#### III - Responsable légal de l'enfant :

Nom : ..... Prénom : .....  
 Tél. travail : ..... Tél. portable : .....  
 N° Sécurité Sociale : ..... Mutuelle : .....  
 Nom du médecin traitant : .....

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 : .....

### ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS

Afin d'accueillir l'enfant dans les meilleures conditions, merci de préciser les points suivants :

#### La sieste

L'enfant fait-il la sieste ?  oui  non

-> Si oui, combien de temps : .....  oui  non

-> A-t-il un biberon ?  oui  non

#### Le repas

L'enfant mange-t-il bien habituellement ?  oui  non

.....

Merci de réactualiser ces données en cours d'année si nécessaire.

#### Merci de bien vouloir compléter et signer :

Je soussigné(e), .....

responsable légal de l'enfant .....

certifie exacts les renseignements portés sur ce dossier et m'engage à signaler toute modification le cas échéant ;

autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées et à prendre les moyens de transport utilisés pour se rendre à l'ALSH ou aux activités ;

autorise l'accueil de loisirs à reproduire et diffuser les images fixes ou animées de mon enfant qui pourront être réalisées dans le cadre des activités ;

autorise mon enfant à rentrer seul le soir ;

a bien pris connaissance du règlement intérieur et en accepte les conditions.

Fait à ..... Le .....  
 Signature : .....

### TARIFS

#### Vacances :

	Communauté de Communes			Hors Communauté de Communes		
	Journée		Semaine	Journée		Semaine
	Avec repas	Sans repas	Avec repas	Avec repas	Sans repas	Sans repas
<b>Q.F.1</b> QF<700	7,31 €	4,16 €	35,48 €	19,73 €		
<b>Q.F.2</b> 701<QF<900	8,82 €	5,67 €	43,18 €	27,43 €		
<b>Q.F.3</b> 901<QF<1200	10,91 €	7,76 €	53,05 €	37,30 €		
<b>Q.F.4</b> 1201<QF<1500	12,95 €	9,80 €	63,22 €	47,47 €	17,12 €	13,97 €
<b>Q.F.5</b> 1501<QF<1900	13,36 €	10,21 €	65,21 €	49,45 €		
<b>Q.F.6</b> QF>1901	14,59 €	11,44 €	71,21 €	55,45 €		64,97 €

#### Mercredis et nuitées :

	Communauté de Communes		Hors Communauté de Communes	
	Avec repas	Sans repas	Avec repas	Sans repas
<b>Q.F.1</b>	5,24 €	2,09 €		
<b>Q.F.2</b>	6,32 €	3,17 €		
<b>Q.F.3</b>	7,86 €	4,71 €	11,80 €	8,65 €
<b>Q.F.4</b>	9,27 €	6,12 €		
<b>Q.F.5</b>	9,55 €	6,40 €		
<b>Q.F.6</b>	10,42 €	7,27 €		

#### Veillées :

	Communauté de Communes	Hors Communauté de Communes
<b>Q.F.1</b>	3,65 €	
<b>Q.F.2</b>	4,71 €	
<b>Q.F.3</b>	6,27 €	10,04 €
<b>Q.F.4</b>	7,68 €	
<b>Q.F.5</b>	7,91 €	
<b>Q.F.6</b>	8,63 €	

Fiche d'inscription au dos >>>