

ACCUEIL DE LOISIRS SANS HÉBERGEMENT à SERVAVILLE  
TOUSSAINT 2011

# Villages Récré

(\*) La Communauté de Communes du Plateau de MARTAINVILLE comprend les communes de: AUZOUVILLE SUR RY - BOIS L'EVEQUE - BOIS D'ENNEBOURG - ELBEUF SUR ANDELLE - FRESNE LE PLAN - GRAINVILLE SUR RY - MARTAINVILLE EPREVILLE - MESNIL RAOUL - PREAUX - RY - SAINT DENIS LE THIBOULT - SERVAVILLE SALMONVILLE - LA VIEUX RUE

**Mairie de Préaux**

**76160 PREAUX**

Structure aidée par la  
Communauté de Communes  
du Plateau de Martainville  
et la CAF de Rouen

## DOSSIER D'INSCRIPTION FAMILLE .....

(nom, prénom, date de naissance de chaque enfant)

1 <sup>ère</sup> enfant :	2 <sup>ème</sup> enfant :
3 <sup>ème</sup> enfant :	4 <sup>ème</sup> enfant :

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE RESPONSABLE LÉGAL

Responsable légal de l'enfant :  Père  Mère  Tuteur  
Situation de famille :  Marié  Divorcé  Séparé  Célibataire  Veuf(ve)  
 Vie maritale  En instance de divorce

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Compagnie d'assurance : ..... N° du Contrat : .....

Numéro de Sécurité sociale : |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_|

Régime général  CAF  MSA  autres (préciser) ..... N°

Téléphones (Domi) .....(Trav):.....(Port):.....

E-mail : .....

## AUTORISATION

Je soussigné(e).....autorise les personnes ci-dessous désignées à reprendre mon (ou mes) enfant(s) au centre de loisirs « Villages Récré ».

Toute autre personne devra avoir une autorisation écrite datée et signée de ma part pour reprendre mon (ou mes) enfant(s).

Nom				
Prénom				
Lien de parenté				
si mineur année de naissance				
Adresse				
Téléphone				

Au cas où il s'agit d'une personne mineure, nous attirons votre attention sur le fait que cela se fait sous votre entière responsabilité.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur joint et en accepte tous les articles.

Fait à Préaux, le : .....

Signature :

# Fiche sanitaire : validité de la Toussaint 2011 à l'été 2012

En cas de modification, fiche sanitaire à renouveler



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



N° 10080P02

## 1 - ENFANT

### FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : \_\_\_\_\_  
 PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
 GARÇON  FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;  
 ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMURIR 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
Diphérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou 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 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 LUNETTES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...  
 PRÉCISEZ.

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....  
 ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

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 du séjour à prendre, 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 A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS

## CONDITIONS D'INSCRIPTION

LE REGLEMENT DOIT SE FAIRE AU MOMENT DE L'INSCRIPTION.

Il ne sera pas effectué de remboursement sauf cas de force majeure.

Toute absence de l'enfant pour maladie devra être justifiée par la présentation d'un certificat médical. En cas d'absence pour convenance personnelle, la journée ne sera ni remboursée ni reportée sur d'autres périodes de vacances scolaires.

Dans tous les cas, il est nécessaire de prévenir le centre de loisirs (cf règlement intérieur).

L'enfant inscrit devra fournir ce dossier complété, signé et comprenant:

Une attestation d'assurance responsabilité civile

**Fournir** un certificat médical datant de moins de 2 mois, **dans le cas où** des informations importantes sont à communiquer, telles que :

**- inaptitude à la pratique d'activités physiques**

**- allergies éventuelles de l'enfant**

**- ou toutes autres précisions importantes en cas de problème de santé**

Le nombre de places étant limité, les dossiers sont pris par ordre d'arrivée. Pour permettre une meilleure organisation, il est conseillé de retourner le bulletin d'inscription au minimum 8 jours avant le 1<sup>er</sup> jour de fréquentation de l'enfant.

Tout manquement grave à la discipline sera signalé aux parents. L'exclusion pourra être prononcée après décision collective de l'équipe d'animation et d'un des membres du conseil d'administration. Dans ce cas, aucune somme ne sera remboursée et les frais occasionnés seront à la charge de la famille.

## INSCRIPTION, PHOTOS ET AUTORISATIONS PARENTALES :

Je soussigné(e) .....

responsable légal de(s) (l') enfant(s) .....

- Certifie avoir pris connaissance des conditions d'inscription, du règlement intérieur 2011/2012
- Autorise en cas de nécessité la direction du centre à faire soigner mon/mes enfant(s) et à faire pratiquer les éventuelles interventions chirurgicales nécessaires. (anesthésie comprise).
- Certifie avoir souscrit une assurance responsabilité civile pour l'année 2011/2012
- Accepte de payer l'intégralité ou la part des frais de séjour m'incombant ainsi que, le cas échéant, les frais médicaux ou d'hospitalisation.

Les enfants pourront être filmés ou pris en photos dans le cadre des activités organisées lors des séjours.

Sauf refus exprimé explicitement ci-dessous, les parents acceptent que les images prises à l'occasion de ces activités, puissent être utilisées au cours d'animations et éventuellement dans les supports d'information (sans but lucratif) du Centre de Loisirs, de la mairie, de la Communauté des Communes du Plateau de MARTAINVILLE destinés à faire connaître les activités du Centre de Loisirs.

**J'accepte** /  **Je n'accepte pas la diffusion.**

Date : ..... Signature précédée de la mention "Lu et approuvé"

# FICHE D'INSCRIPTION ET DE TARIFICATION

ALSH TOUSSAINT 2011

**NOM de FAMILLE :**

**ENFANTS : 1°  
2°  
3°**

## INSCRIPTION ET CALCUL DE LA PARTICIPATION FINANCIERE

	1° enfant		2° enfant		3° enfant		TOTAL
	Nombre de jours de présence	montant	Nombre de jours présence simultanée avec 1° enf.	montant	Nombre de jours présences simultanée avec 1°-2° enfants	montant	
SEMAINE 43(24-28 oct)	<b>5 jrs</b>		<b>5 jrs</b>		<b>5 jrs</b>		
Droit inscription		2 €		2 €		2 €	
Sous total							

**Attention :**

**Le tarif réduit ne s'applique au(x) 2° et 3° enfant(s), que si les enfants sont présents simultanément.**

**Totalité à payer au trésor public**

TARIFS	1° enfant		2° enfant		enfant suivant	
	5 jrs	57,50€	5 jrs	50 €	5 jrs	42,50 €
SEMAINE 43(24-28 oct)						
TARIF: Communes adhérentes à la Communauté de Communes du Plateau de Martainville & Roncherolles sur le Vivier				<b>50 €</b>		<b>42,50 €</b>
TARIF: Extérieurs		<b>85 €</b>		<b>77,50 €</b>		<b>70 €</b>

**Réductions selon le quotient familial**

Quotient familial Annuel (*)	Réduction
Inférieur à 2 200 €	40 %
de 2 201 à 3 800 €	33,3 %
de 3 801 à 5 000 €	25 %
de 5.001 à 6 000 €	16.7 %

(\*) Quotient familial annuel = revenu imposable (Feuille d'impôt 2011 sur les revenus 2010) / nombre de parts (1 part par adulte, soit 2 parts pour un couple ; 1 ½ part pour une personne seule ayant des enfants à charge ; ½ part par enfant quel que soit le nombre d'enfants).