

RESPONSABLE 1

Civilité : Madame Monsieur

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Adresse mail : Tél :

Profession : Tél Professionnel :

Employeur :

Adresse Employeur :

Qualité	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre (à compléter) :
Situation familiale	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Concubin <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Union Libre

Organismes Tiers

CAF MSA Autre régime (à préciser) :

N° d'allocataire : NOM de l'allocataire :

Quotient familial (**attestation et PASS à fournir au format papier**) :

RESPONSABLE 2

Civilité : Madame Monsieur

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Adresse mail : Tél :

Profession : Tél Professionnel :

Employeur :

Adresse Employeur :

Qualité	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre (à compléter) :
Situation familiale	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Concubin <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Union Libre

Organismes Tiers

CAF MSA Autre régime (à préciser) :

N° d'allocataire : NOM de l'allocataire :

Quotient familial (**attestation et PASS à fournir au format papier**) :

INFORMATIONS ENFANTS RENTREE 2024/2025

	NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	ECOLE FREQUENTEE	CLASSE
1					
2					
3					
4					

Si besoin le responsable de l'accueil de loisirs travaillera avec vous les aménagements nécessaires en fonction de la situation de vos enfants.

AUTRES RENSEIGNEMENTS QUE VOUS SOUHAITEZ COMMUNIQUER :

Autorisation à consommer sur place des réalisations culinaires faites dans le cadre des activités OUI NON .

FACTURATION

La facturation aux familles est établie mensuellement à terme échu. Elle est envoyée au domicile au cours du mois suivant. Le paiement ne pourra s'effectuer qu'à réception de cette facture.

Cas des familles séparées en garde alternée,

<input type="checkbox"/> factures communes	Adresse de facturation <input type="checkbox"/> Responsable 1 <input type="checkbox"/> Responsable 2
<input type="checkbox"/> factures séparées	Comment souhaitez-vous fonctionner ?

Attention, Une journée ne peut pas être coupée en deux.

Nous soussigné·e·s certifie :

- que les renseignements portés sur la présente fiche d'inscription sont exacts et nous engageons à signaler au responsable de l'ALSH toute modification,
- avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'ALSH et en accepte les conditions.

Fait à Le

Signature du Responsable 1 :

Signature du responsable 2 :

Fiche de liaison pour les mineurs

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.
Elle est à la discrétion du directeur de l'ACM et doit être détruite en fin d'accueil

Enfant

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

fille garçon

Date de naissance :/...../.....

Accueil : Accueil de loisirs - Les enfants sauvages (Cassagnes Begonhès)

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Joindre obligatoirement un certificat médical de vaccination à jour ou la copie du carnet de vaccination.

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 l'accueil ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** et les **médicaments** correspondants (*boîtes d'origine, avec la notice, et nom de l'enfant*).

Attention : aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

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

Rougeole	Varicelle	Oreillons	Scarlatine	Coqueluche
<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

L'enfant est-il sujet aux maladies suivantes ?

Migraine	Otite	Angine	Asthme	Rhumatisme articulaire aigu
<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

Allergies : médicamenteuses oui non

alimentaires oui non

autres

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

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

Indiquer les **difficultés de santé** (*maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation*) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

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

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

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

III.. Renseignements utiles

Merci de renseigner les personnes pouvant récupérer l'enfant au centre de loisirs de manière régulière
(Autre que les représentants légaux)
Pour les personnes occasionnelles, un mail suffira.

Nom	Prénom	Numéro de téléphone	Lien avec l'enfant

IV- Droit à l'image :

Je soussigné(e) Mr/Mme , représentant l'enfant autorise
l'ACM des enfants sauvages,

A prendre en photo l'enfant nommé ci-dessus oui non

A utiliser les photos de l'enfant nommé ci-dessus à l'intérieur de l'ACM oui non

A utiliser les photos de l'enfant nommé ci-dessus à l'extérieur de l'ACM oui non

V- Responsable légal de l'enfant :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. domicile : Travail : Portable :

Nom et tél. du médecin traitant :

Deuxième représentant légal (facultatif)

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. domicile : Travail : Portable :

Nom et tél. du médecin traitant :

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** le responsable du centre de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : . / . /

Signature des responsables légaux (*précédée de la mention lu et approuvé*) :

DOCUMENTS A FOURNIR

- Fiche Famille (une fiche par famille)
 - Fiche Sanitaire (une fiche par enfant)
 - Photocopie du carnet de vaccination (ou certificat de contre-indication)
 - Attestation d'assurance de Responsabilité Civile ET Individuelle accident
 - Pour les allocataires CAF : le coefficient Familial du mois de Janvier 2023 (téléchargeable sur votre espace Caf.fr)
 - Pour les allocataires MSA : Le PASS **Evasion entier** (téléchargeable sur votre espace MSA)
 - L'attestation du savoir nager (utile notamment l'été)
-

Prise en charge particulière / maladie / handicap

Aucun médicament ou traitement ne pourra être mis en place sans justificatif (asthme, crise d'allergie, handicap, ...)

Plusieurs documents peuvent nous être fournis afin de justifier l'administration d'un traitement :

- **Une ordonnance**

- **Un Plan d'Accompagnement Individualisé (PAI)***

**Sachez qu'il possible de demander la création d'un PAI en concertation avec le centre de loisirs et le médecin pour adapter au mieux les conditions d'accueil d'un enfant.*

Un PAI n'est pas mis en place nécessairement en cas de problème de santé type allergie, asthme, ...

Il peut également être proposer à n'importe quel enfant nécessitant une adaptation particulière (TDAH, syndrome du trouble autistique, trouble alimentaire, ...). Ce document permet d'adapter au mieux l'accueil et la considération de l'enfant.

Que ce soit l'ordonnance ou le PAI, ils doivent être récents et signés par un médecin.

TARIFS 2024 - 2025

HABITANTS COMMUNAUTE DE COMMUNES PAYS SEGALI

ALLOCATAIRE CAF				
Coefficient Familial (QF) :	0-420	421-520	521-800	> 800
Journée avec repas*	9,15 €	12,15 €	13,15 €	18,15 €
Journée sans repas	4,50 €	7,50 €	8,50 €	13,50 €
Demi journée avec repas*	5,15 €	8,15 €	9,15 €	14,15 €
Demi journée sans repas	3,50 €	5,50 €	6,50 €	9,50 €

ALLOCATAIRE MSA				
Coefficient Familial (QF) :	0-420	421-520	521-800	> 800
Journée avec repas*	11,15 €	12,15 €	13,15 €	14,15 €
Journée sans repas	6,50 €	7,50 €	8,50 €	9,50 €
Demi journée avec repas*	9,15 €	10,15 €	11,15 €	12,15 €
Demi journée sans repas	4,50 €	5,50 €	6,50 €	7,50 €

Dépassement pour inscription hors délai	1 € (en sus du tarif)
Suppl pour les sorties / Interventions	2 € - 3 € - 4 € - 5 € - 6 € - 7 € - 8 € - 9 € - 10 €

Coût des séjours (organisé par la Pays Ségali)	
Séjour 5 nuits	290 €
Séjour 3 nuits (sur le territoire)	80 €

* Prix du repas 4,65 : €

HABITANTS HORS COMMUNAUTE DE COMMUNES PAYS SEGALI

ALLOCATAIRE CAF				
Coefficient Familial (QF) :	0-420	421-520	521-800	> 800
Journée avec repas*	11,15 €	14,15 €	15,15 €	20,15 €
Journée sans repas	6,50 €	9,50 €	10,50 €	15,50 €
Demi journée avec repas*	5,15 €	8,15 €	9,15 €	14,15 €
Demi journée sans repas	4,50 €	6,50 €	7,50 €	10,50 €

ALLOCATAIRE MSA				
Coefficient Familial (QF) :	0-420	421-520	521-800	> 800
Journée avec repas*	13,15 €	14,15 €	15,15 €	16,15 €
Journée sans repas	8,50 €	9,50 €	10,50 €	11,50 €
Demi journée avec repas*	10,15 €	11,15 €	12,15 €	13,15 €
Demi journée sans repas	5,50 €	6,50 €	7,50 €	8,50 €

Dépassement pour inscription hors délai	1 € (en sus du tarif)
Suppl pour les sorties / Interventions	2 € - 3 € - 4 € - 5 € - 6 € - 7 € - 8 € - 9 € - 10 €

Coût des séjours (organisé par la Pays Ségali)	
Séjour 5 nuits	300 €
Séjour 3 nuits (sur le territoire)	90 €

* Prix du repas 4,65 : €