

ACCUEIL DE LOISIRS du MAS BRESSON

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT	DATE DE NAISSANCE	ECOLE FREQUENTEE	CLASSE

L'accueil de loisirs fonctionne de 11h45 à 18h15 les mercredis et de 7h45 à 18h15 pendant les vacances.
Le site proposé permet l'accueil des enfants d'âge maternel et primaire selon 2 formules :

AVEC SERVICE DE RAMASSAGE ou SANS SERVICE DE RAMASSAGE :

Cocher la formule choisie

MERCREDIS aller					MERCREDIS retour			
<input type="checkbox"/> MASSE	<input type="checkbox"/> PASTEUR/DEBUSSY	<input type="checkbox"/> SQUARE PLATANES	<input type="checkbox"/> ROUSSEAU	<input type="checkbox"/> déposé sur le Mas Bresson	<input type="checkbox"/> ST MARTIN	<input type="checkbox"/> SQUARE PLATANES	<input type="checkbox"/> AL SOL	<input type="checkbox"/> récupéré sur le Mas Bresson

VACANCES aller-retour				
<input type="checkbox"/> AL SOL	<input type="checkbox"/> SQUARE PLATANES	<input type="checkbox"/> ST GAUDERIQUE	<input type="checkbox"/> ST MARTIN	<input type="checkbox"/> déposé/récupéré sur le Mas Bresson

MERCREDIS	
JANVIER	<input type="checkbox"/> mer 04/01
	<input type="checkbox"/> mer 11/01
	<input type="checkbox"/> mer 18/01
	<input type="checkbox"/> mer 25/01
FEVRIER	<input type="checkbox"/> mer 01/02
	<input type="checkbox"/> mer 22/02
MARS	<input type="checkbox"/> mer 01/03
	<input type="checkbox"/> mer 08/03
	<input type="checkbox"/> mer 15/03
	<input type="checkbox"/> mer 22/03
	<input type="checkbox"/> mer 29/03
AVRIL	<input type="checkbox"/> mer 19/04
	<input type="checkbox"/> mer 26/04
MAI	<input type="checkbox"/> mer 03/05
	<input type="checkbox"/> mer 10/05
	<input type="checkbox"/> mer 17/05
	<input type="checkbox"/> mer 24/05
	<input type="checkbox"/> mer 31/05
JUIN	<input type="checkbox"/> mer 07/06
	<input type="checkbox"/> mer 14/06
	<input type="checkbox"/> mer 21/06
	<input type="checkbox"/> mer 28/06
JUILLET	<input type="checkbox"/> mer 05/07

Cocher les jours de présences souhaités

Attention :
*Toute case cochée entraîne une facture qui devra être payée**

VACANCES HIVER	
<input type="checkbox"/> lun 06/02	<input type="checkbox"/> lun 13/02
<input type="checkbox"/> mar 07/02	<input type="checkbox"/> mar 14/02
<input type="checkbox"/> mer 08/02	<input type="checkbox"/> mer 15/02
<input type="checkbox"/> jeu 09/02	<input type="checkbox"/> jeu 16/02
<input type="checkbox"/> ven 10/02	<input type="checkbox"/> ven 17/02
VACANCES PRINTEMPS	
<input type="checkbox"/> lun 03/04	<input type="checkbox"/> lun 10/04
<input type="checkbox"/> mar 04/04	<input type="checkbox"/> mar 11/04
<input type="checkbox"/> mer 05/04	<input type="checkbox"/> mer 12/04
<input type="checkbox"/> jeu 06/04	<input type="checkbox"/> jeu 13/04
<input type="checkbox"/> ven 07/04	<input type="checkbox"/> ven 14/04

VACANCES ETE			
<input type="checkbox"/> lun 10/07	<input type="checkbox"/> lun 17/07	<input type="checkbox"/> lun 24/07	<input type="checkbox"/> lun 31/07
<input type="checkbox"/> mar 11/07	<input type="checkbox"/> mar 18/07	<input type="checkbox"/> mar 25/07	<input type="checkbox"/> mar 01/08
<input type="checkbox"/> mer 12/07	<input type="checkbox"/> mer 19/07	<input type="checkbox"/> mer 26/07	<input type="checkbox"/> mer 02/08
<input type="checkbox"/> jeu 13/07	<input type="checkbox"/> jeu 20/07	<input type="checkbox"/> jeu 27/07	<input type="checkbox"/> jeu 03/08
férié	<input type="checkbox"/> ven 21/07	<input type="checkbox"/> ven 28/07	<input type="checkbox"/> ven 04/08
<input type="checkbox"/> lun 07/08	<input type="checkbox"/> lun 14/08	<input type="checkbox"/> lun 21/08	<input type="checkbox"/> lun 28/08
<input type="checkbox"/> mar 08/08	férié	<input type="checkbox"/> mar 22/08	<input type="checkbox"/> mar 29/08
<input type="checkbox"/> mer 09/08	<input type="checkbox"/> mer 16/08	<input type="checkbox"/> mer 23/08	<input type="checkbox"/> mer 30/08
<input type="checkbox"/> jeu 10/08	<input type="checkbox"/> jeu 17/08	<input type="checkbox"/> jeu 24/08	<input type="checkbox"/> jeu 31/08
<input type="checkbox"/> ven 11/08	<input type="checkbox"/> ven 18/08	<input type="checkbox"/> ven 25/08	<input type="checkbox"/> ven 01/09

Date : / /

Nom et Prénom :

Signature obligatoire du/des parent(s):

Documents à joindre à cette fiche :

- Fiche Enfant dûment complétée, datée et signée
- Assurance responsabilité civile ou extra-scolaire en cours de validité
- Attestation de vaccination ou photocopie des vaccins
- Attestation de Sécurité Sociale ou CMU (du parent responsable)
- Justificatif de domicile
- Attestation de Quotient Familial CAF ou MSA
- Règlement des présences cochées

***Toute réservation doit se faire dans un délai minimum de sept jours avant la date de fréquentation; il en est de même pour une annulation (sauf certificat médical).**

Tout dossier incomplet ou mal renseigné ne sera pas accepté.

ACCUEIL DE LOISIRS
ALSH MAS BRESSON

TARIFS DES ACCUEILS DE LOISIRS

	CAF						MSA	
	QF >= 1600	1600 >= QF > 1200	1200 >= QF > 900	900 >= QF > 600	600 >= QF > 400	400 >= QF > 300		300 >= QF
PERPIGNAN								
JOURNEE AVEC REPAS	18.40	14.38	12.50	10.10	6.95	3.50	1.75	15.00
JOURNEE SANS REPAS	14.90	11.00	9.22	6.89	4.65	1.60	0.78	11.50
1/2 JOURNEE OU MERCREDI AVEC REPAS	10.50	9.38	8.65	7.45	5.15	2.88	1.55	8.80
1/2 JOURNEE OU MERCREDI SANS REPAS	7.00	6.00	5.37	4.25	2.85	0.98	0.58	5.30
HORS PERPIGNAN								
JOURNEE AVEC REPAS	24.86	23.06	21.30	19.10	16.65	13.55	12.55	21.46
JOURNEE SANS REPAS	20.80	19.00	17.24	15.04	12.59	9.49	8.49	17.40
1/2 JOURNEE OU MERCREDI AVEC REPAS	18.56	15.86	14.35	12.95	11.50	9.70	9.20	16.86
1/2 JOURNEE OU MERCREDI SANS REPAS	14.50	11.80	10.29	8.89	7.44	5.64	5.14	12.80

Tarification « familles nombreuses » :

Pour plusieurs enfants présents simultanément au cours d'un même mois sur un accueil de loisirs et pour une même prestation :

- les deux premiers enfants inscrits = tarif de base selon le quotient familial
- le troisième enfant inscrit = demi-tarif
- le quatrième enfant inscrit = gratuit

Le paiement est dû AVANT le début des activités.

Modes de règlements possibles : chèques (à l'ordre des PEP 66), espèces, Chèques Vacances ANCV et Chèques CESU (en ne rendant pas la monnaie).

FICHE ACCUEIL**ADPEP 66**

Nom, Prénom :

Né(e) le :

Garçon Fille

Ecole :

Classe :

FAMILLE

Représentant légal :

Adresse de facturation :

Email famille :

Tél. :

Autre tél. :

Régime social :

 C.A.F.

N° allocataire :

 M.S.A. Autres

Situation de famille :

 Mariés Séparés Divorcés Pacsés Veuf(ve) Célibataire**MERE :**

Adresse :

Tél

Portable

Travail :

Employeur :

PERE :

Adresse :

Tél.

Portable :

Travail

Employeur :

Sécurité Sociale :

Nom, prénom

N° :

Caisse de :

Assurance :

N° de contrat :

Echéance :

Autres personnes à joindre en cas d'accident et/ou autorisées à récupérer l'enfant

MEDICAL

Médecin traitant :

Adresse médecin :

Lieu hospitalisation :

Observations médicales :

Tél. médecin :

AUTORISATIONS

- J'autorise mon enfant à regagner seul mon domicile. Je précise les conditions de mon autorisation.
- J'autorise le personnel d'encadrement à photographier, filmer, mon enfant dans le cadre de ses activités. Les images pourront être utilisées dans le respect de la législation.
- J'autorise le personnel responsable à prendre toutes mesures nécessaires (appel parents, médecin, hospitalisation...) rendue nécessaire par l'état de santé de mon enfant.
- J'autorise mon enfant à participer aux activités proposées dans le cadre de l'accueil péri et extra scolaire et prendre les moyens de transports utilisés.
- J'autorise la Direction du Centre à consulter mon compte CAFPRO sur internet.

M.....

responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

J'ai bien pris connaissance qu'en cas d'absence d'observations, de renseignements médicaux, psychologiques, ... absents ou erronés la responsabilité de la structure serait dégagée.

J'accepte le règlement intérieur et je m'engage à le respecter.

Je reconnais être informé du projet pédagogique, des programmes d'activités et des moyens de transports utilisés.

Date...../...../.....

Signature

VEUILLEZ COMPLETER OU MODIFIER LES ZONES GRISEES

*Conformément à l'article 27 de la Loi Informatique et Libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant dont nous sommes seuls destinataires



1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON

FILLE

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Table with 5 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATE DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT Polio, 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 ?

Form with checkboxes for RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, SCARLATINE, COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS.

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 ? oui non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE (pendant le séjour) : _____

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : _____

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : DE LA CMU D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____

Signature : _____

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