

ACCUEIL DE LOISIRS MERCREDIS APRES-MIDI
ALSH VERTEFEUILLE

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

Les accueils de loisirs fonctionnent le mercredi à partir de 11h45, fin du temps scolaire, jusqu'à 18h15.
Le site proposé permet l'accueil des enfants d'âge maternel et primaire selon 2 formules :

1) ACCUEIL AVEC SERVICE DE RAMASSAGE - AVEC REPAS* :

* Le service de ramassage à 11h45 se fait sur 3 sites : Hyacinthe Rigaud, Anatole France et Jules Ferry.
La récupération du soir par les parents peut se faire sur 2 sites : Vertefeuille et Jules Ferry.

ALSH VERTEFEUILLE (cocher la case choisie)

MATERNEL

PRIMAIRE

RAMASSAGE DU MIDI : automatiquement sur l'école fréquentée par votre enfant

RECUPERATION DU SOIR

RECUPERATION DU SOIR

VERTEFEUILLE

JULES FERRY

VERTEFEUILLE

JULES FERRY

OU

2) ACCUEIL SANS SERVICE DE RAMASSAGE - AVEC OU SANS REPAS* :

* L'enfant est déjà sur site à 11h45 ou est déposé par les parents, avant ou après le repas.
La récupération du soir par les parents ne peut se faire que directement sur Vertefeuille.

ALSH VERTEFEUILLE (cocher la case choisie)

MATERNEL

PRIMAIRE

AVEC REPAS

SANS REPAS

AVEC REPAS

SANS REPAS

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

ACCUEIL DE LOISIRS MERCREDIS APRES-MIDI
ALSH VERTEFEUILLE

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT

| | | | | | |
|-----------------------|---|---|---|---|---|
| SEPTEMBRE 2016 | mer 14/09 | mer 21/09 | mer 28/09 | | |
| | <input type="checkbox"/> avec repas <input type="checkbox"/> sans repas | <input type="checkbox"/> avec repas <input type="checkbox"/> sans repas | <input type="checkbox"/> avec repas <input type="checkbox"/> sans repas | | |
| OCTOBRE 2016 | mer 05/10 | mer 12/10 | mer 19/10 | | |
| | <input type="checkbox"/> avec repas <input type="checkbox"/> sans repas | <input type="checkbox"/> avec repas <input type="checkbox"/> sans repas | <input type="checkbox"/> avec repas <input type="checkbox"/> sans repas | | |
| NOVEMBRE 2016 | mer 09/11 | mer 16/11 | mer 23/11 | mer 30/11 | |
| | <input type="checkbox"/> avec repas <input type="checkbox"/> sans repas | <input type="checkbox"/> avec repas <input type="checkbox"/> sans repas | <input type="checkbox"/> avec repas <input type="checkbox"/> sans repas | <input type="checkbox"/> avec repas <input type="checkbox"/> sans repas | |
| DECEMBRE 2016 | mer 07/12 | mer 14/12 | | | |
| | <input type="checkbox"/> avec repas <input type="checkbox"/> sans repas | <input type="checkbox"/> avec repas <input type="checkbox"/> sans repas | | | |
| JANVIER 2017 | mer 04/01 | mer 11/01 | mer 18/01 | mer 25/01 | |
| | <input type="checkbox"/> avec repas <input type="checkbox"/> sans repas | <input type="checkbox"/> avec repas <input type="checkbox"/> sans repas | <input type="checkbox"/> avec repas <input type="checkbox"/> sans repas | <input type="checkbox"/> avec repas <input type="checkbox"/> sans repas | |
| FEBVRIER 2017 | mer 01/02 | mer 22/02 | | | |
| | <input type="checkbox"/> avec repas <input type="checkbox"/> sans repas | <input type="checkbox"/> avec repas <input type="checkbox"/> sans repas | | | |
| MARS 2017 | mer 01/03 | mer 08/03 | mer 15/03 | mer 22/03 | mer 29/03 |
| | <input type="checkbox"/> avec repas <input type="checkbox"/> sans repas | <input type="checkbox"/> avec repas <input type="checkbox"/> sans repas | <input type="checkbox"/> avec repas <input type="checkbox"/> sans repas | <input type="checkbox"/> avec repas <input type="checkbox"/> sans repas | <input type="checkbox"/> avec repas <input type="checkbox"/> sans repas |
| AVRIL 2017 | mer 19/04 | mer 26/04 | | | |
| | <input type="checkbox"/> avec repas <input type="checkbox"/> sans repas | <input type="checkbox"/> avec repas <input type="checkbox"/> sans repas | | | |
| MAI 2017 | mer 03/05 | mer 10/05 | mer 17/05 | mer 24/05 | mer 31/05 |
| | <input type="checkbox"/> avec repas <input type="checkbox"/> sans repas | <input type="checkbox"/> avec repas <input type="checkbox"/> sans repas | <input type="checkbox"/> avec repas <input type="checkbox"/> sans repas | <input type="checkbox"/> avec repas <input type="checkbox"/> sans repas | <input type="checkbox"/> avec repas <input type="checkbox"/> sans repas |
| JUIN 2017 | mer 07/06 | mer 14/06 | mer 21/06 | mer 28/06 | mer 05/07 |
| | <input type="checkbox"/> avec repas <input type="checkbox"/> sans repas | <input type="checkbox"/> avec repas <input type="checkbox"/> sans repas | <input type="checkbox"/> avec repas <input type="checkbox"/> sans repas | <input type="checkbox"/> avec repas <input type="checkbox"/> sans repas | <input type="checkbox"/> avec repas <input type="checkbox"/> sans repas |

Date : / /

Nom et Prénom :

Signature obligatoire du/des parent(s):

Les présences « sans repas » ne sont possibles qu'avec la formule « sans ramassage ».

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).

Le dossier enfant doit avoir été rempli ou mis à jour en cas de modification (coordonnées, vaccins...).

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 Ecole : Classe :
 Fille

FAMILLE

Représentant légal : Régime social : C.A.F. N° allocataire :
 M.S.A.
 Autres

Adresse de facturation :

Email famille :

Tél. : Autre tél. :

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 : Tél. médecin :
 Adresse médecin :
 Lieu hospitalisation :
 Observations médicales :

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 Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT Polio, Ou Tétracoq, BCG, Hépatite B, Rubéole-Oreillons-Rougeole, Coqueluche, Autres (préciser).

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