

ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT DE SAINT-VENANT



Automne 2020

Ouvert aux enfants Saint-Venantais
ou scolarisés à Saint-Venant
Nés entre 2010 et 2017



Places limitées Du 19 au 23 Octobre

Planning transmis le premier jour du centre

L'inscription se fait POUR TOUTE LA SEMAINE

UNIQUEMENT A LA JOURNEE

DE 9 H - 17 H : Repas et goûter fournis

- Un service de garderie sera assuré
- de 7 h à 9 h : 1.5 euros
- de 17 h à 18 h : 1 euro
- matin et soir : 2 euros (service facturé à la fin de centre)
- dépassement après 18h10 : 2 euros

**Dossier à retirer
en mairie**

A la demande de la CAF, les tarifs appliqués prennent en compte le quotient familial.

Joindre impérativement une attestation de la CAF ou l'avis d'imposition 2020
(si non fourni tarif le plus haut)

TARIFS POUR LA SEMAINE	Quotient Familial <à 700€	701€<Quotient Familial<1300€	Quotient Familial > 1301 euros
	Journée continue	53 euros 2ème enfant et suivant 48 euros	58 euros 2ème enfant et suivant 53 euros

Centre de Loisirs fonctionne en partenariat avec la CAF D'ARRAS
Possibilité de déduction de l'aide « temps libres » (joindre attestation CAF)

**La facture vous sera envoyée par courrier, à réception de celle-ci
le règlement sera à effectuer obligatoirement auprès de la
perception de Saint-Venant (Trésor Public).**



NOM de l'enfant :

Prénom :

Adresse : N° RUE :

VILLE :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Age exact en Octobre 2020 :

Classe suivie en 2020-2021 :

Carte d'identité n°

PERSONNES AUTORISEES A REPENDRE L'ENFANT OU A CONTACTER

Nom - Prénom	Lien avec l'enfant	N° de Tel Portable

Une pièce d'identité sera demandée lors de la sortie

Nom Prénom de l'enfant :

AUTORITE PARENTALE

- Parents
- Mère (joindre copie du jugement)
- Père (joindre copie du jugement)



RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

CPAM : Caisse n° assuré :
MUTUELLE : Nom : n° assuré :
Allocation familiale : n°

AUTORISATION DU DROIT À L'IMAGE

Je soussigné Mr/Mme

AUTORISE (*)

N'AUTORISE PAS (*)

Le Centre de Loisirs de Saint-Venant à utiliser l'image de mon enfant afin de
publier d'éventuelles photos ou vidéos sur la page Facebook du centre ou dans la presse, dans l'unique
but de promouvoir un évènement ou d'en faire un bilan.

Je soussigné(e), Responsable de l'enfant autorise la Directrice ou le Directeur du CLSH
à prendre toutes les mesures qu' (il) elle jugerait utile au cas où l'enfant aurait besoin de soins urgents
et m'engage à envoyer mon enfant en bonne santé au CLSH.

Date : Signature :

Documents à joindre :

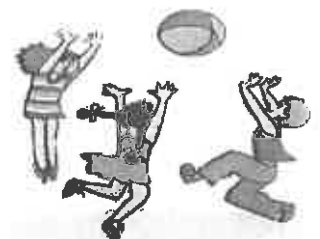
- Photocopie du carnet de Vaccinations
- Fiche de liaison sanitaire dûment remplie
- Photocopie d'avis d'imposition 2020 et/ou attestation CAF

(*) Barrer la mention inutile

Vérifié par un agent de la Mairie

Dossier : complet incomplet

(Barrer la mention inutile)





FICHE SANITAIRE DE L'ENFANT
DOCUMENT CONFIDENTIEL

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : / /

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

- ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
- MEDICAMENTEUSES oui non
- AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
- Précisez :

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

.....

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

.....

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :