



# ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT DE SAINT-VENANT

Ouvert aux enfants Saint-Venantais ou scolarisés à Saint-Venant  
A partir de 3 ans jusqu'au CM2

**Places limitées**

# Du 22 au 26 Février

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 30 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 l'accueil)
- 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.**

TARIFS POUR LA SEMAINE	Quotient Familial <à 700€	701€<Quotient Familial<1300€	Quotient Familial > 1301 euros
Journée continue	53 euros	58 euros	63 euros
	2ème enfant et suivant 48 euros	2ème enfant et suivant 53 euros	2ème enfant et suivant 58 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 à la Trésorerie de  
Lillers**



**NOM de l'enfant :**

**Prénom :**

**Adresse : N° RUE :**

**VILLE :**

**Date de naissance :**

**Lieu de naissance :**

**Age exact en Février 2021 :**

**Classe suivie en 2020-2021 :**

**Carte d'identité n°**

**PERSONNES AUTORISEES A REPENDRE L'ENFANT OU A CONTACTER**

<b>Nom - Prénom</b>	<b>Lien avec l'enfant</b>	<b>N° de Tel Portable</b>

**Une pièce d'identité sera demandée lors de la sortie**

## Nom et Prénom de l'enfant :

### AUTORITE PARENTALE

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



### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

CPAM : Calsse

n° assuré :

MUTUELLE : Nom :

n° assuré :

Allocation famillale : n°

### AUTORISATION DU DROIT À L'IMAGE

Je soussigné Mr/Mme

**AUTORISE (\*)**

**N'AUTORISE PAS (\*)**

L'accueil 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 :  
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 à l'accueil de Loisirs .

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 : **si non**

**fourni le tarif le plus haut sera appliqué**

(\*) Barrer la mention inutile

**Veillez s'il vous plait rendre un dossier complet**

Dossier :

**complet**

**incomplet**

(Barrer la mention inutile)



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

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 : .....