



CENTRE DE LOISIRS SANS/ HEBERGEMENT DE SAINT-VENANT

BULLETIN D'INSCRIPTION

LE REGLEMENT SE FERA IMPERATIVEMENT A LA PERCEPTION DE SAINT-VENANT

Nom de l'enfant : Prénom :

NOM et Prénom du Responsable Légal :

Adresse :

Téléphone : Date et Lieu de Naissance :

Age exact en JUILLET 2020 : ans Classe en 2019-2020 :

	Du 06/07/2020 au 10/07/2020 (5j)
	Du 13/07/2020 au 17/07/2020 (4j)
	Du 20/07/2020 au 24/07/2020 (5j)
	Du 27/07/2020 au 31/07/2020 (5j)

	Du 3/08/2020 au 07/08/2020 (5j)
	Du 10/08/2020 au 14/08/2020 (5j)
	Du 17/08/2020 au 21/08/2021 (5j)

l'enfant prendra-t-il le bus (communes partenaires)	OUI le matin	NON le matin
	OUI le soir	NON le soir

AUTORITE PARENTALE	CONJOINTE	MERE joindre la copie du jugement	PERE joindre la copie du jugement
---------------------------	------------------	---	---

Caisse Primaire de sécurité sociale :

Organisme : N° immatriculation :

Mutuelle :

Organisme : N° immatriculation :

Allocations Familiales :

N° d'allocataire:

Je soussigné, 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.

A SAINT-VENANT le

SIGNATURE

TARIFS CENTRE DE LOISIRS

ETE 2020

A la demande de la CAF, les tarifs appliqués prennent en compte le quotient familial. Il faut joindre impérativement une attestation de la CAF ou l'avis d'imposition 2019

SAINT-VENANTAIS ET COMMUNES PARTENAIRES (Robecq, Mont-Bemenchon, Saint-Floris, Guarbecque, Busnes, Calonne sur la Lys)

	Quotient Familial <à 700€	701€<Quotient Familial>1300€	Quotient Familial > 1301 euros
1 semaine (5 jours)	53 euros 2ème enfant et suivant	58 euros 2ème enfant et suivant	63 euros 2ème enfant et suivant
	48 euros	53 euros	58 euros
1 semaine (4 jours)	42 euros 2ème enfant et suivant	46 euros 2ème enfant et suivant	50 euros 2ème enfant et suivant
	38 euros	42 euros	46 euros

EXTERIEURS

	Quotient Familial <à 700€	701€<Quotient Familial>1300€	Quotient Familial > 1301 euros
1 semaine (5 jours)	116 euros	121 euros	126 euros
1 semaine (4 jours)	92 euros	97 euros	101 euros

LES SEJOURS NE SERONT REMBOURSES QU'A PARTIR DU 5EME JOUR D'ABSENCE SOUS PRESENTATION D'UN CERTIFICAT MEDICAL

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



les Communes partenaires payent le tarif Saint-Venantais du fait de la convention signée avec la Mairie de SAINT-VENANT.



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
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Polioomyélite				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 :