



Ouvert aux enfants Saint-Venantais ou scolarisés à Saint-Venant
De la TPS jusqu'au CM2

Places limitées

Du 7 au 11 Février

Planning transmis le premier jour de l'accueil

**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 redéposer
 pour le mercredi 2 Février**

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	2ème enfant et suivant	2ème enfant et suivant
	48 euros	53 euros	58 euros



Accueil 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

Joindre impérativement une attestation de la CAF ou l'avis d'imposition 2021
(si non fourni tarif le plus haut)

Tout dossier rendu vaut engagement et facturation



NOM de l'enfant :

Prénom :

Adresse : N° RUE :

VILLE :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Age exact en février 2022 :

Classe suivie en 2021-2022 :

Carte d'identité n°

PERSONNES AUTORISEES A REPENDRE L'ENFANT OU A CONTACTER

(y compris les parents)

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

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 : Caisse

n° assuré :

MUTUELLE : Nom :

n° assuré :

Allocation familiale : 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 de l'accueil de loisirs 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 : - Photocole du carnet de Vaccinations

- Fiche de liaison sanitaire dûment remplie

- Photocole d'avis d'imposition 2021 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
 MÉDICAMENTEUSES 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 :