

DÉPARTEMENT DU NORD

Arrondissement de Valenciennes

Canton de Denain



COMMUNE

**D'AVESNES-LE-SEC**

59296

**ACCUEIL DE LOISIRS  
JUILLET 2019**

**DOSSIER D'INSCRIPTION**

***NOMBRE DE PLACES LIMITÉ***

## CONTENU DU DOSSIER

- Fiche d'inscriptions
- Fiches de renseignements (x3)
- Fiches sanitaires de liaison (x3)
- Autorisations Maquillage et Droit à l'Image
- Autorisation de vente de photos et de vidéos
- Décharge pour les enfants de plus de 6 ans
- Personnes autorisées
- Règlement intérieur

## INFORMATIONS IMPORTANTES

L'accueil de Loisirs Sans Hébergement accueillera les enfants âgés de 4 à 14 ans **du 08 juillet au 26 juillet 2019**, de 9h à 17h, à la salle César Bavay.

*Tous les enfants seront accueillis et remis à leurs parents à la salle César Bavay.*

**La fête de l'accueil de loisirs aura lieu le 19 juillet.**

L'inscription à l'accueil de loisirs se fera auprès de l'accueil de la mairie par le biais du présent dossier d'inscription à déposer dûment rempli et accompagné du règlement en totalité.



**Clôture des inscriptions le 11 juin 2019**

Un service de garderie est proposé aux familles fréquentant l'accueil de loisirs chaque matin dès 7h30 et chaque soir jusque 18h00.

## **PIECES A FOURNIR LORS DE L'INSCRIPTION :**

- Le dossier d'inscription dûment rempli
- L'attestation de la CAF indiquant le quotient familial
- Un exemplaire du règlement intérieur dûment signé
- La fiche de renseignements
- La fiche sanitaire de liaison
- La liste des personnes autorisées à reprendre l'enfant à la sortie du centre
- La décharge pour les enfants de plus de 6 ans
- La copie du carnet de vaccinations
- Le règlement en espèces ou par chèque à l'ordre du Trésor Public
- L'attestation d'assurance individuelle d'accident + responsabilité civile.
- Les autorisations « maquillage » et « photographie ».

## • **Tarif à la semaine, cantine et goûter inclus :**

<b>Quotient familial</b>	<b>1<sup>er</sup> enfant</b>	<b>2<sup>e</sup> enfant</b>	<b>3<sup>e</sup> enfant</b>
<b>De 0 à 202€</b>	27.50 €	26.50 €	25.50 €
<b>De 203 à 465€</b>	30.50 €	29.50 €	28.50 €
<b>Plus de 465€</b>	31.50 €	30.50 €	29.50 €
<b>Extérieurs</b>	37.50 €	37.50 €	37.50 €
<b>Garderie matin et soir</b>	0.50 € / séance		

# ACCUEIL DE LOISIRS - JUILLET 2019

## FICHE D'INSCRIPTIONS

**RAPPEL : Le nombre de places est limité. La priorité est accordée aux enfants domiciliés ou scolarisés dans la commune.**

- Quotient familial appliqué : .....

### INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS :

Enfants	Nom et prénom	Age au 09/07/2019	Cocher les cases correspondantes si concerné			Montant total à régler
			Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	
Enfant 1						
Enfant 2						
Enfant 3						
Enfant 4						
<b>TOTAL</b>						

Chèque

Espèces

Autre moyen de paiement autorisé (préciser) : .....

## ACCUEIL DE LOISIRS - JUILLET 2019

### INSCRIPTION GARDERIE SEMAINE 1 :

Dates	Enfant (nom et prénom)	Matin	Soir	Total journalier
Lundi 8 juillet				
Mardi 9 juillet				
Mercredi 10 juillet				
Jeudi 11 juillet				
Vendredi 12 juillet				
<b>Sous-total semaine 1</b>				

**INSCRIPTION GARDERIE SEMAINE 2 :**

Dates	Enfant (nom et prénom)	Matin	Soir	Total journalier
Lundi 15 juillet				
Mardi 16 juillet				
Mercredi 17 juillet				
Jeudi 18 juillet				
Vendredi 19 juillet				
<b>Sous-total semaine 2</b>				

## INSCRIPTION GARDERIE SEMAINE 3 :

Dates	Enfant (nom et prénom)	Matin	Soir	Total journalier
Lundi 22 juillet				
Mardi 23 juillet				
Mercredi 24 juillet				
Jeudi 25 juillet				
Vendredi 26 juillet				
<b>Sous-total semaine 3</b>				

INSCRIPTION GARDERIE - RECAPITULATIF :

<b>TOTAL DES INSCRIPTIONS A LA GARDERIE</b>	
<b>Sous-total semaine 1</b>	
<b>Sous-total semaine 2</b>	
<b>Sous-total semaine 3</b>	
<b>TOTAL</b>	
<b>TOTAL A REGLER POUR LA GARDERIE</b>	



FICHE DE RENSEIGNEMENTS  
UNE FICHE PAR ENFANT

L'ENFANT :

NOM : ..... PRENOM : .....

Date de naissance : ..... sexe : garçon - fille

ADRESSE : ..... code postal : ..... ville : .....

LES PARENTS

Le père :

La mère :

NOM : .....

NOM : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

CP : ..... Ville : .....

Tél : .....

Tél : .....

N° Sécurité Sociale : .....

N° Sécurité Sociale : .....

N° allocataire C.A.F : .....

N° allocataire C.A.F : .....

PERSONNE A CONTACTER AUTRE QUE LES PARENTS

Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté avec l'enfant : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : ..... tél : .....

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**  
**UNE FICHE PAR ENFANT**

**L'ENFANT :**

NOM :..... PRENOM :.....

Date de naissance :..... sexe : garçon - fille

ADRESSE :..... code postal :..... ville :.....

**LES PARENTS**

Le père :

La mère :

NOM :.....

NOM :.....

Prénom :.....

Prénom :.....

Adresse :.....

Adresse :.....

CP :..... Ville :.....

CP :..... Ville :.....

Tél :.....

Tél :.....

N° Sécurité Sociale :.....

N° Sécurité Sociale :.....

N° allocataire C.A.F :.....

N° allocataire C.A.F :.....

**PERSONNE A CONTACTER AUTRE QUE LES PARENTS**

Nom :..... Prénom :.....

Lien de parenté avec l'enfant :.....

Adresse :.....

CP :..... Ville :..... tél :.....

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**  
**UNE FICHE PAR ENFANT**

**L'ENFANT :**

NOM :..... PRENOM :.....

Date de naissance :..... sexe : garçon - fille

ADRESSE :..... code postal :..... ville :.....

**LES PARENTS**

**Le père :**

**La mère :**

NOM :.....

NOM :.....

Prénom :.....

Prénom :.....

Adresse :.....

Adresse :.....

CP :..... Ville :.....

CP :..... Ville :.....

Tél :.....

Tél :.....

N° Sécurité Sociale :.....

N° Sécurité Sociale :.....

N° allocataire C.A.F :.....

N° allocataire C.A.F :.....

**PERSONNE A CONTACTER AUTRE QUE LES PARENTS**

Nom :..... Prénom :.....

Lien de parenté avec l'enfant :.....

Adresse :.....

CP :..... Ville :..... tél :.....

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON UNE FICHE PAR ENFANT

### 1 – ENFANT

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Garçon

Fille

### 2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

### 3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

⇒ L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT MEDICAL ? OUI  NON  **Si oui, joindre une ordonnance récente . (AUCUN médicament ne pourra être pris sans ordonnance)**

RUBÉOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		SCARLATINE	
OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

⇒ L'ENFANT A-T IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE		OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

⇒ ALLERGIES

ASTHME	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
ALIMENTAIRES	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

MEDICAMENTEUSES	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
AUTRES :		

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

.....

.....

.....

⇒ **INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION...) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE**.

.....

.....

.....

.....

.....

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (REPAS SPECIFIQUE A MENTIONNER) :**

.....

.....

.....

.....

.....

⇒ **Votre enfant porte-t'il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ... ?**

**Précisez.**

.....

.....

.....

.....

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

Nom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	
.....	
.....	
Téléphone fixe (et / ou portable )	Domicile : .....
	Bureau : .....
Nom et n° de téléphone du médecin traitant : .....	

*Je soussigné, ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la directrice de l'ALSH à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date :

Signature :

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON  
UNE FICHE PAR ENFANT**

**1 – ENFANT**

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Garçon

Fille

**2 – VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

**3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

⇒ L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT MEDICAL ? OUI  NON  **Si oui, joindre une ordonnance récente . (AUCUN médicament ne pourra être pris sans ordonnance)**

RUBÉOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		SCARLATINE	
OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

⇒ L'ENFANT A-T IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE		OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

⇒ ALLERGIES

ASTHME	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
ALIMENTAIRES	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

MEDICAMENTEUSES	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
AUTRES :		

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

.....

.....

.....

⇒ **INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION...) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE**.

.....

.....

.....

.....

.....

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (REPAS SPECIFIQUE A MENTIONNER) :**

.....

.....

.....

.....

.....

⇒ **Votre enfant porte-t'il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ... ?**

**Précisez.**

.....

.....

.....

.....

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

Nom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	
.....	
.....	
Téléphone fixe (et / ou portable )	Domicile : .....
	Bureau : .....
Nom et n° de téléphone du médecin traitant : .....	

*Je soussigné, ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la directrice de l'ALSH à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date :

Signature :

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON UNE FICHE PAR ENFANT

### 1 – ENFANT

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Garçon

Fille

### 2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

### 3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

⇒ L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT MEDICAL ? OUI  NON  **Si oui, joindre une ordonnance récente . (AUCUN médicament ne pourra être pris sans ordonnance)**

RUBÉOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		SCARLATINE	
OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

⇒ L'ENFANT A-T IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE		OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

⇒ ALLERGIES

ASTHME	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
ALIMENTAIRES	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

MEDICAMENTEUSES	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
AUTRES :		

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

.....

.....

.....



⇒ **INDIQUEZ CI-APRÈS :**

**LES DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION...) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE.**

.....

.....

.....

.....

.....

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (REPAS SPECIFIQUE A MENTIONNER) :**

.....

.....

.....

.....

.....

⇒ **Votre enfant porte-t'il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ... ?**

**Précisez.**

.....

.....

.....

.....

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

Nom : .....		Prénom : .....	
Adresse : .....			
.....			
.....			
Téléphone fixe (et / ou portable )		Domicile : .....	
		Bureau : .....	
Nom et n° de téléphone du médecin traitant : .....			

*Je soussigné, ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la directrice de l'ALSH à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date :

Signature :

AUTORISATION « MAQUILLAGE »  
AUTORISATION « DROIT A L'IMAGE »

	Nom et Prénom de l'enfant
1	
2	
3	
4	

Je soussigné(e).....responsable légal(e)de l'enfant/ des  
enfants :

déclare autoriser l'équipe d'animation à maquiller mon enfant durant le centre loisirs

déclare autoriser l'équipe d'animation à photographier mon enfant durant le centre de loisirs

Cocher la/les case(s) correspondantes à vos autorisations

Date :

Signature :

AUTORISATION DE VENTE DE PHOTOS ET DE VIDEOS

Je soussigné(e).....responsable légal(e)de l'enfant/

des enfants :

	Nom et Prénom de l'enfant
1	
2	
3	
4	

accepte la vente de photos et de vidéos lors de la fête du centre de loisirs

refuse la vente de photos et de vidéos lors de la fête du centre de loisirs

Cocher la/les case(s) correspondantes à vos autorisations

Date :

Signature :

DECHARGE POUR LES ENFANTS DE PLUS DE 6 ANS

	Nom et Prénom de l'enfant
1	
2	
3	
4	

*Je soussigné(e).....responsable légal(e) de l'enfant/  
des enfants déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'enfant  
..... à quitter seul (s), le centre de loisirs et dégage l'organisateur et la direction  
de toute responsabilité.*

*Date :*

*Signature :*

**PERSONNES AUTORISEES**

	Nom et Prénom de l'enfant
1	
2	
3	
4	

**La personne autorisée à reprendre l'enfant devra être en mesure de justifier de son identité auprès de l'animateur.**

**PERSONNES AUTORISEES A REPENDRE L'ENFANT :**

<i>NOM PRENOM</i>	<i>ADRESSE</i>	<i>TELEPHONE</i>	<i>LIEN DE PARENTE</i>

*Je soussigné (e).....responsable légal (e)de l'enfant/ des enfants en qualité de père, mère ou tuteur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les personnes CI-DESSUS MENTIONNEES à reprendre l'enfant/les enfants en l'absence ou en cas de retard des parents ou du tuteur. Toute autre personne ne figurant pas dans cette liste ne sera pas autorisée à venir chercher mon enfant/ mes enfants à l'Accueil de loisirs.*

*Date :*

*Signature :*



## ACCUEILS DE LOISIRS REGLEMENT INTERIEUR

### **ARTICLE 1<sup>ER</sup> : CHAMP D'APPLICATION**

Le présent règlement s'applique aux accueils de loisirs organisés par la commune d'Avesnes-le-sec pendant les vacances scolaires.

### **ARTICLE 2 - PERIODE DE FONCTIONNEMENT**

Les accueils de loisirs seront ouverts pour tout ou partie des vacances scolaires.

### **ARTICLE 3 - MODALITES DE FONCTIONNEMENT**

Les accueils de loisirs fonctionneront du lundi au vendredi aux horaires suivants :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
<b>7:30 - 9:00</b>	Garderie	Garderie	Garderie	Garderie	Garderie
<b>9:00 - 12:00</b>	Animations	Animations	Animations	Animations	Animations
<b>12:00 - 13:30</b>	Repas	Repas	Repas	Repas	Repas
<b>13:30 - 17:00</b>	Animations	Animations	Animations	Animations	Animations
<b>17:00 - 18:00</b>	Garderie	Garderie	Garderie	Garderie	Garderie

Pour le retour, les enfants sont remis aux parents ou à la personne autorisée (imprimé à remplir dès l'inscription) à 17h00 (sauf inscription à la garderie).

Les enfants de plus de 6 ans peuvent quitter seuls le Centre de Loisirs sur présentation d'une décharge signée des parents ou responsables légaux.

### **ARTICLE 4 - INSCRIPTION – TARIFICATION – PARTICIPATION DES FAMILLES**

Les inscriptions sont prises uniquement en mairie aux dates indiquées sur la plaquette remise à la population.

#### **4.1. Inscriptions**

Pour l'inscription, il est demandé d'apporter, outre la fiche d'inscription, de renseignements et la fiche sanitaire dûment complétées :

- L'attestation de la CAF mentionnant le Quotient Familial
- La décharge pour les enfants de plus de 6 ans
- L'imprimé concernant les personnes autorisées à reprendre l'enfant
- La copie du carnet de vaccination
- Les justificatifs énumérés ci-dessous en cas de « repas spéciaux »
- Un exemplaire du présent règlement daté et signé par le représentant légal.

La fiche sanitaire, confidentielle, sera remise sous enveloppe fermée portant le nom de l'enfant.

***Aucune inscription ne sera admise et aucun enfant ne sera pris en charge par l'équipe d'animation sans la totalité des pièces justificatives demandées.***

#### **4.2. Modalités de règlement**

Le règlement peut faire l'objet d'un acompte, réglable à compter de la date à laquelle le dossier d'inscription est déclaré complet. Le règlement doit avoir été intégralement effectué une semaine avant le démarrage de l'accueil de loisirs concerné.

En cas d'absence pour **cas de force majeure**, signalée en mairie et sur présentation d'un justificatif, la demande de remboursement sera étudiée.

#### **4.3. Tarification**

La participation familiale est fixée par délibération du Conseil Municipal et calculée en fonction du quotient familial.

La tarification est différente pour les enfants domiciliés à l'extérieur d'Avesnes-le-Sec.

### **ARTICLE 5 - REPAS DU MIDI / GOÛTER**

L'accueil au service de restauration aura lieu les jours de fonctionnement de l'accueil de loisirs, de 12h à 13h30.

Le Prix du repas est compris dans la participation demandée à la famille lors de l'inscription à l'Accueil de loisirs.

Il est nécessaire d'informer le service de restauration lors de l'inscription :

- Si l'enfant prend un repas de substitution
- Si l'enfant présente des allergies alimentaires – fournir un certificat détaillé par un allergologue précisant le type d'allergies alimentaires et les effets provoqués.
- Si l'enfant suit un régime particulier pour des raisons de santé, fournir un certificat médical détaillé.

Le goûter du soir servi sur place est compris dans la participation.

### **ARTICLE 6 - GARDERIE FACULTATIVE**

La municipalité propose un service de garderie le matin de 7h30 à 09h00 et le soir de 17h00 à 18h00, chaque jour de fonctionnement de l'accueil de loisirs. Cette prestation facultative fait l'objet d'une tarification non-comprise dans la participation.

### **ARTICLE 7 - AUTORISATION DE SORTIE**

Lorsqu'un enfant doit s'absenter pendant le séjour, la direction exigera des parents ou représentants légaux une demande écrite mentionnant les jours, heure, motif et identité de la personne accompagnante.

### **ARTICLE 8 - MALADIE – ACCIDENT**

En cas d'accident ou de maladie survenant pendant le centre, le directeur préviendra les parents. En cas d'absence de ceux-ci, il sera fait appel au médecin mentionné sur la fiche sanitaire. En cas d'urgence, il sera fait appel aux services de secours les plus proches.

### **ARTICLE 9 - ACCEPTATION DU REGLEMENT**

Le présent règlement sera remis aux parents en deux exemplaires. Un exemplaire devra être rendu, daté et signé, lors de l'inscription.

**Le .....**

*Signatures des responsables légaux, précédées de la mention « lu et approuvé »*