



ACCUEIL DE LOISIRS AVRIL 2024



DOSSIER D'INSCRIPTION

**Dossier à remplir et à déposer en Mairie durant les heures d'ouverture,
avec le règlement par chèque, **avant le lundi 25 mars 2024 à 12 h.**
Aucun dossier ne sera accepté après cette date.**

PIÈCES A RENDRE LORS DE L'INSCRIPTION

- **Le dossier d'inscription dûment rempli et signé :**

En un exemplaire par famille

- la fiche d'inscription (pages 3)
- les autorisations pour la sortie du Centre : décharge pour les enfants de plus de 6 ans + liste des personnes autorisées à reprendre l'enfant ou les enfants (page 5)
- les autorisations maquillage et droit à l'image + l'information sur le RGPD (page 6)

En un exemplaire par enfant

- la fiche de renseignements (page 7)
- la fiche sanitaire de liaison (pages 9 et 10)

+

- **La page 5 du règlement intérieur signée (MERCI DE LIRE LE RÈGLEMENT)**
- **L'attestation de la CAF indiquant le quotient familial s'il est inférieur à 465 €**
- **La copie du ou des carnets de vaccinations**
- **Les ordonnances éventuelles**
- **Les justificatifs en cas de « repas spéciaux »**
- **L'attestation d'assurance individuelle d'accident et de responsabilité civile**
- **Le règlement par chèque à l'ordre du Trésor Public.**

**L'Accueil de Loisirs aura lieu
du lundi 22 au vendredi 26 avril 2024,
de 9h à 17h à la salle César Bavay.**

**L'inscription est ouverte aux enfants de 4 ans révolus à 12 ans
(nés entre le 1^{er} janvier 2012 et le 21 avril 2020 inclus)**

INFORMATIONS IMPORTANTES

1. Conditions générales

- Les places sont ouvertes en priorité aux enfants habitant Avesnes-le-Sec.
- L'accueil des enfants aura lieu à la salle César Bavay. Tous les enfants y seront accueillis le matin et recherchés le soir, en évitant les attroupements devant la porte d'entrée. Le groupe des 4-6 ans se rendra ultérieurement à l'École Louis Aragon.
- Conformément au Projet éducatif établi pour 2022-2025, les enfants en situation de handicap sont les bienvenus à l'Accueil de Loisirs. Si votre enfant est concerné, veuillez nous en informer afin que l'équipe d'animation prenne contact avec vous pour adapter au mieux l'accueil aux besoins de votre enfant.

2. Consignes

- Les parents s'engagent à ne pas confier leur(s) enfant(s) à l'ALSH en cas de fièvre {38°C ou plus} ou en cas d'apparition de symptômes évoquant la COVID-19 chez un enfant ou dans sa famille.
- Les repas et les collations de l'après-midi seront fournis par la Municipalité. Les repas auront lieu à la cantine scolaire.
- Les parents devront fournir chaque jour une collation pour le matin (fruit ou compote), une serviette et une bouteille d'eau dans un sac au nom de l'enfant.

3. Garderie

Un service de garderie est proposé aux familles dont les enfants sont inscrits à l'accueil de loisirs : il est ouvert le matin à partir de 7h30 et le soir jusqu'à 18h00. **Les enfants doivent impérativement y être inscrits pour être accueillis et les inscriptions se font en même temps que l'inscription au séjour.**

4. Tarifs

Tarif de la semaine d'ALSH - repas de midi inclus			
Quotient familial :	1 ^{er} enfant	2 ^e enfant	3 ^e enfant
Avesnois			
De 0 à 202 €	33,00 €	32,00 €	31,00 €
De 203 à 465 €	35,00 €	34,00 €	33,00 €
Plus de 465 €	38,00 €	37,00 €	36,00 €
Extérieurs			
De 0 à 202 €	58,00 €	57,00 €	56,00 €
De 203 à 465 €	60,00 €	59,00 €	58,00 €
Plus de 465 €	63,00 €	62,00 €	61,00 €

Tarif de la Garderie	
Avesnois	
Séance du matin	2,50 €/séance
Séance du soir	2 €/séance
Extérieurs	
Séance du matin	3 €/séance
Séance du soir	2,50 €/séance

FICHE D'INSCRIPTION

QUOTIENT FAMILIAL :

TARIF A APPLIQUER (voir page 2) : Centre : par enfant et par semaine

Garderie : par enfant et par séance du matin

..... par enfant et par séance du soir

INSCRIPTION À L'ACCUEIL DE LOISIRS

Enfants	Nom et prénom	Date de naissance	Montant
Enfant 1			
Enfant 2			
Enfant 3			
Enfant 4			
MONTANT À RÉGLER POUR L'ACCUEIL DE LOISIRS			

INSCRIPTION À LA GARDERIE : merci d'indiquer l'heure d'arrivée et de départ

Nom et prénom de l'enfant	22/04/24		23/04/24		24/04/24		25/04/24		26/04/24	
	Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir
NOMBRE TOTAL DE SÉANCES DE GARDERIE										
MONTANT À RÉGLER POUR LA GARDERIE (Nombre de séances x €)										

MONTANT A REGLER :

MONTANT TOTAL À RÉGLER POUR LA SEMAINE (Accueil de loisirs + garderie)	
---	--

Seul le paiement par chèque est autorisé.

DÉCHARGE POUR LES ENFANTS DE PLUS DE 6 ANS ET PERSONNES AUTORISÉES A REPRENDRE LES ENFANTS

Je, soussigné(e), Père Mère Assistant familial,

	NOM ET PRÉNOM	AGE
Enfant 1		
Enfant 2		
Enfant 3		
Enfant 4		

Cochez la ou les cases correspondantes à vos autorisations.

j'autorise cet enfant/ces enfants de plus de 6 ans à quitter seul(s) le centre de loisirs et dégage l'organisateur et la direction de toute responsabilité.

j'autorise les personnes ci-dessous à reprendre l'enfant / les enfants. **Toute personne ne figurant pas dans cette liste ne sera pas autorisée à venir chercher un enfant à l'Accueil de loisirs. La personne autorisée à reprendre un enfant devra être en mesure de justifier de son identité auprès de l'animateur.**

PERSONNES AUTORISÉES À REPRENDRE L'ENFANT/LES ENFANTS :

NOM PRÉNOM	ADRESSE	TÉLÉPHONE	LIEN DE PARENTE

Date :

Signature :

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

Je soussigné(e),....., Père Mère Assistant familial,

	NOM ET PRÉNOM
Enfant 1	
Enfant 2	
Enfant 3	
Enfant 4	

(Cocher la ou les cases correspondantes à vos autorisations.)

- déclare autoriser l'équipe d'animation à maquiller l'enfant durant l'accueil de loisirs :
- déclare autoriser l'équipe d'animation à photographier l'enfant,
- déclare autoriser l'utilisation des photos pour les parutions municipales hors réseaux sociaux.

INFORMATION À PROPOS DE LA RÉGLEMENTATION GÉNÉRALE SUR LA PROTECTION DES DONNÉES

Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement destiné au Délégué à la Protection des Données pour l'instruction du dossier du centre de loisirs. Les destinataires de ces données sont les services administratifs et la directrice du centre de loisirs. La durée de conservation de ces données est de 5 ans.

- Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement de celles-ci ou une limitation du traitement.
- Vous pouvez vous opposer au traitement des données vous concernant et disposez du droit de retirer votre consentement à tout moment en vous adressant au Délégué à la Protection des Données au 03.27.25.65.63 (en Mairie).
- Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et liberté » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

A Avesnes-le-Sec, le

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé » :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

UNE FICHE PAR ENFANT

L'ENFANT

NOM : PRÉNOM :

Date de naissance : Sexe : garçon – fille

ADRESSE :

Code postal : Ville :

LES PARENTS OU PERSONNES RESPONSABLES DE L'ENFANT

NOM : NOM :

Prénom : Prénom :

Père Mère Assistant familial Père Mère Assistant familial

Tél : Tél :

Courriel : Courriel :

N° Sécurité Sociale : N° Sécurité Sociale :

N° Allocataire C.A.F : N° Allocataire C.A.F :

AUTRE PERSONNE À CONTACTER EN CAS DE NÉCESSITÉ

Nom : Prénom :

Lien de parenté avec l'enfant :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél :

Je, soussigné(e), déclare exacts les renseignements portés dans ce dossier.

Date :

Signature :

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

NOM : PRENOM :

Date de naissance : Sexe : garçon – fille **VACCINATIONS***(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant.)*

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date du dernier rappel	Vaccins recommandés	Date
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons- Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

*Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.
(Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.)*

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

- L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente. Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

- L'enfant a-t-il déjà eu certaines des maladies suivantes ?

Rubéole		Varicelle		Angine		Scarlatine		Coqueluc
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"/>

Otite		Rhumatisme articulaire aigu		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"/>

- L'enfant a-t-il des allergies ?

Asthme	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Allergie médicamenteuse	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Allergie alimentaire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Autre :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Précisions sur la cause de l'allergie et la conduite à tenir (signaler s'il s'agit d'automédication) :

.....

- L'enfant est-il suivi par la MDPH ? Oui Non
- L'enfant bénéficie-t-il d'un Projet d'Accueil Individualisé ? Oui Non
- **Indiquez ci-après toute situation de handicap ou problème de santé de l'enfant. Précisez les précautions à prendre.**

.....
.....

- L'enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaires ?
Précisez :

.....

- L'enfant nécessite-t-il des repas spécifiques ?

.....

RECOMMANDATIONS UTILES :

.....
.....

RESPONSABLE DE L'ENFANT

- Père Mère Assistant familial

NOM : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél domicile : Tél portable :

Tél professionnel : N° Sécurité Sociale :

Nom et téléphone du médecin traitant :

Je, soussigné(e), Père Mère

Assistant familial de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

J'autorise la directrice de l'ALSH à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...).

Je m'engage à ne pas confier mon enfant à l'ALSH en cas de fièvre {38°C ou plus) ou en cas d'apparition de symptômes évoquant la COVID-19 chez l'enfant ou dans notre famille.

Date :

Signature :