

# ACCUEIL DE LOISIRS AVRIL 2022



## DOSSIER D'INSCRIPTION

Dossier à remplir et à déposer en Mairie durant les heures d'ouverture,  
avec le règlement par chèque, **avant le vendredi 18 mars 2022 à 12h.**

*(Inscription sous réserve des consignes gouvernementales en vigueur au mois d'avril)*

### PIÈCES A RENDRE LORS DE L'INSCRIPTION

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

**Un exemplaire par famille :**

- la fiche d'inscription (page 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)

**Un exemplaire par enfant :**

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

+

- **Un exemplaire du règlement intérieur dûment signé**
- **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 11 avril au vendredi 15 avril 2022,  
de 9h à 17h à l'École Louis Aragon.**

**L'inscription est ouverte aux enfants de 4 à 11 ans  
(ayant 4 ans au plus tard le 10 avril 2022).**

## INFORMATIONS IMPORTANTES

### 1- Accueil inclusif

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- Contexte d'épidémie COVID-19

- Le nombre de places est limité à 50 enfants de 4 à 11 ans. Elles sont ouvertes en priorité :
  - aux enfants habitant Avesnes-le-Sec ou scolarisés dans la commune,
  - et dont les deux parents (ou le parent pour les familles monoparentales) travaillent.
- Le Centre aéré aura lieu dans les locaux de l'École Louis Aragon. Les enfants seront donc accueillis et recherchés à la grille, en respectant la signalisation et en évitant les attroupements devant l'École.
- Un protocole sanitaire strict sera mis en place : les activités seront organisées en groupes et les mesures de distanciation physique seront respectées entre les groupes. Les parents ne pourront pas rentrer dans les locaux.
- **Les parents devront prendre la température de leur enfant tous les matins, Ils s'engagent à ne pas le confier au Centre en cas de fièvre (38°C ou plus) ou en cas d'apparition de symptômes évoquant la Covid-19 chez l'enfant ou dans sa famille.**
- En cas de suspicion de COVID 19 en cours de journée, l'enfant concerné sera isolé et les parents devront venir le chercher. Il ne pourra être accueilli au Centre aéré que muni d'un certificat médical attestant qu'il est en mesure de l'être.
- Il n'y aura pas de Fête du Centre ni de sortie (parc, piscine...). Mais des animations seront mises en place par des intervenants extérieurs ou par les animateurs.
- Les repas et les collations de l'après-midi seront fournis par la Municipalité. **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.**
- **Si les masques sont encore obligatoires en intérieur, les parents devront fournir 2 masques par jour à chaque enfant de plus de 6 ans.**
- L'Accueil de Loisirs pourrait être annulé si les circonstances sanitaires l'exigent.

### 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 de la semaine, repas de midi inclus

| Quotient familial :                                | 1 <sup>er</sup> enfant | 2 <sup>e</sup> enfant | 3 <sup>e</sup> enfant et suivants |
|--|------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| <b>Avesnois</b>                                    |                        |                       |                                   |
| De 0 à 202 €                                       | 27,50 €                | 26,50 €               | 25,50 €                           |
| De 203 à 465 €                                     | 30,50 €                | 29,50 €               | 28,50 €                           |
| Plus de 465 €                                      | 31,50 €                | 30,50 €               | 29,50 €                           |
| <b>Extérieurs</b>                                  |                        |                       |                                   |
| De 0 à 202 €                                       | 33,50 €                | 32,50 €               | 31,50 €                           |
| De 203 à 465 €                                     | 36,50 €                | 35,50 €               | 34,50 €                           |
| Plus de 465 €                                      | 37,50 €                | 36,50 €               | 35,50 €                           |
| <b>Garderie (séance du matin / séance du soir)</b> |                        |                       |                                   |
| Quelque soit le quotient                           | 0,60 €/séance          | 0,60 €/séance         | 0,60 €/séance                     |

**FICHE D'INSCRIPTION**

QUOTIENT FAMILIAL APPLICABLE : .....

TARIF APPLIQUÉ : ..... par enfant et par semaine

**INSCRIPTION À L'ACCUEIL DE LOISIRS**

| Enfants   | Nom et prénom | Date de naissance | Montant |
|---|---------------|-------------------|---------|
| Enfant 1  |               |                   |         |
| Enfant 2  |               |                   |         |
| Enfant 3  |               |                   |         |
| Enfant 4  |               |                   |         |
| <b>MONTANT À RÉGLER POUR L'ACCUEIL DE LOISIRS</b> |               |                   |         |

**INSCRIPTION À LA GARDERIE :**

| Semaine du 11 au 15 avril   | Lundi 11 |      | Mardi 12 |      | Mercredi 13 |      | Jeudi 14 |      | Vendredi 15 |      | Nombre de séances |
|---|----------|------|----------|------|-------------|------|----------|------|-------------|------|-------------------|
| Nom et prénom de l'enfant   | Matin    | Soir | Matin    | Soir | Matin       | Soir | Matin    | Soir | Matin       | Soir |                   |
|   |          |      |          |      |             |      |          |      |             |      |                   |
|   |          |      |          |      |             |      |          |      |             |      |                   |
|   |          |      |          |      |             |      |          |      |             |      |                   |
|   |          |      |          |      |             |      |          |      |             |      |                   |
| <b>NOMBRE TOTAL DE SÉANCES</b>                                      |          |      |          |      |             |      |          |      |             |      |                   |
| <b>MONTANT À RÉGLER POUR LA GARDERIE ( Nombre séances x 0,60 €)</b> |          |      |          |      |             |      |          |      |             |      |                   |

**TOTAL :**

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

**MOYEN DE PAIEMENT :**

**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) ....., responsable légal de :

|          | 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, en cas d'absence ou de retard. **(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), ..... , responsable légal de l'enfant/  
des enfants :

|          | 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 mon enfant durant l'accueil de loisirs :

déclare autoriser l'équipe d'animation à photographier mon 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 .....

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

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

**REPLIR UNE FICHE PAR ENFANT**

**L'ENFANT**

**NOM :** ..... **PRÉNOM :** .....

Date de naissance : ..... Sexe : garçon  – fille

**ADRESSE :** .....

Code postal : ..... Ville : .....

**LES PARENTS OU RESPONSABLES LÉGAUX**

**NOM :** ..... **NOM :** .....

**Prénom :** ..... **Prénom :** .....

Père  Mère  Responsable légal

Père  Mère  Responsable légal

**Tél :** ..... **Tél :** .....

**E-mail :** ..... **E-mail :** .....

**N° Sécurité Sociale :** ..... **N° Sécurité Sociale :** .....

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

**PERSONNE AUTRE 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**  
**REEMPLIR UNE FICHE PAR ENFANT**

**NOM :** ..... **PRÉNOM :** .....

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                  |      |
| <b>Ou DT polio</b>   |     |     |                        | Autres (préciser)           |      |
| <b>Ou Tétracoq</b>   |     |     |                        |                             |      |
| 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.** *(Sinon aucun médicament ne pourra être donné.)*

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

| Rubéole                      |                              | Varicelle                    |                              | Angine                       |                              | Scarlatine                   |                              | Coqueluche                   |                              |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 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"/> |

| 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"/> | Non <input type="checkbox"/> |

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

|                    |                              |                              |                       |                              |                              |
|--------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------|------------------------------|------------------------------|
| <b>Asthme</b>      | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | <b>Médicamenteuse</b> | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| <b>Alimentaire</b> | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | <b>Autre :</b>        | 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 PAI (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.

- Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaires ? Précisez :

- Votre enfant nécessite-t-il des repas spécifiques ?

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

**RESPONSABLE DE L'ENFANT**

Père  Mère  Responsable légal

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél domicile : ..... Tél portable : .....

Tél professionnel : ..... N° Sécurité Sociale : .....

Nom et téléphone du médecin traitant : .....

Je, soussigné(e) ....., responsable légal 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 prendre la température de mon/mes enfant(s) tous les matins et à ne pas le(s) confier 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 :