



INSCRIPTION



ACCUEIL DE LOISIRS D'AVESNES-LES-AUBERT - FÉVRIER 2018

L'Accueil rouvrira ses portes du 26 février au 2 mars 2018

Basé à Avesnes-les-Aubert, il accueillera les enfants déjà scolarisés, avesnois ou fréquentant les écoles avesnoises, âgés de 3 ans dans le mois à 11 ans (les redoublants de primaire sont acceptés). Il fonctionnera aux heures suivantes : lundi, mardi, mercredi, jeudi et vendredi de 9h à 17h.

Le premier jour, l'accueil se fera à l'école :

- Primaire Joliot-Curie pour les plus grands,
- Maternelle Danièle Casanova pour les plus petits.

Le goûter est offert par la Municipalité tous les jours de l'ALSH, nous vous remercions de ne pas le fournir à votre enfant.

Devant le succès croissant des sessions d'Accueil de Loisirs, nous rappelons aux familles qu'il est impératif de respecter les dates d'inscriptions. Les inscriptions seront prises à l'**Accueil Périscolaire « L'île aux enfants »**, **uniquement les :**

MARDI 30, MERCREDI 31 JANVIER et JEUDI 1^{er} FEVRIER 2018
de 9h à 12h

(les retardataires ne seront acceptés que sous réserve des places disponibles).

OBLIGATOIRE : les documents ci-joints (*autorisation parentale, de sorties, photocopie des vaccins et fiche sanitaire même si elle a été fournie dans le dossier unique*) devront être restitués correctement remplis, le jour de l'inscription.

Les droits d'inscription à régler sur place le jour de l'inscription :

| Mode de Tarification ALSH - SANS REPAS - | QUOTIENT FAMILIAL de 0 à 369€ | QUOTIENT FAMILIAL de 370 à 499€ | QUOTIENT FAMILIAL de 500 à 600€ | QUOTIENT FAMILIAL de 601 à 800€ | QUOTIENT FAMILIAL au-delà de 800€ | Extérieur Fréquentant une école avesnoise |
|--|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|---|
| TARIF A L'HEURE | 0,14 €* | 0,14 €* | 0,50 €* | 0,50 €* | 0,70 €* | 2,00 €* |
| <i>Soit la Semaine de 5 jours</i> | 5,60 €* | 5,60 €* | 20 €* | 20 €* | 28 €* | 80 €* |

CE TARIF NE POURRA ÊTRE APPLIQUÉ QUE SUR PRÉSENTATION D'UN JUSTIFICATIF DE VOTRE QUOTIENT FAMILIAL - A REMETTRE LE JOUR DE L'INSCRIPTION EN MÊME TEMPS QUE LE PAIEMENT.

A noter : Les enfants inscrits à l'accueil de loisirs prendront obligatoirement leur repas du midi à la cantine. Pour les séjours accessoires (**CAMPING**), en plus du repas cantine il sera facturé un repas à **2€ pour le soir**.

*Le prix du repas n'est pas pris en compte : il conviendra de rajouter un repas de cantine par jour comme suit :

| Tarifcation Cantine | C.C.A.S | A partir du 3ème enfant | Familles non imposables | Enfant Avesnois | Extérieur |
|---------------------|---------|-------------------------|-------------------------|-----------------|-----------|
| Primaire : | 2.10 € | 2.10 € | 2.40 € | 2.70 € | 3.70 € |
| Maternelle : | 1.50 € | 1.50 € | 1.80 € | 2.10 € | 2.70 € |

NB : l'absence d'un enfant pour un rendez-vous, à la piscine au autre doit être signalée au plus tard la veille et non pas le jour J, pour la bonne organisation du centre.



VILLE D'AVESNES-LES-AUBERT

FICHE D'INSCRIPTION À L'ACCUEIL DE LOISIRS SANS HÉBERGEMENT DE FÉVRIER 2018

1 - ENFANT :

Garçon Fille

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Date de naissance : ____/____/____ Lieu : _____

Classe : _____ École : Primaire Joliot-Curie
 Maternelle Danièle CasanovaSuit un régime alimentaire spécial : sans porc autre : préciser _____

2 - RESPONSABLES DE L'ENFANT :

PÈRE : NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

☎ : Domicile : ____/____/____/____/____ Portable : ____/____/____/____/____

Travail : ____/____/____/____/____

MÈRE : NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

☎ : Domicile : ____/____/____/____/____ Portable : ____/____/____/____/____

Travail : ____/____/____/____/____

Représentant CAF : mère père / N° allocataire CAF _____ obligatoire.Si votre enfant scolarisé en primaire est autorisé à partir seul de l'accueil, veuillez cocher la case suivante

En cas d'urgence, personnes à prévenir :

Nom : _____ ☎ : _____

Nom : _____ ☎ : _____

Nom : _____ ☎ : _____

3 - PERSONNES HABILITÉES À VENIR RECHERCHER L'ENFANT

Nom, Prénom, Lien de parenté : _____

Nom, Prénom, Lien de parenté : _____

Nom, Prénom, Lien de parenté : _____

4 – ENGAGEMENT DES PARENTS :

Je soussigné M. et/ou Mme _____, Représentant légal de l'enfant (précité en 1)

- demande l'inscription de cet enfant à l'Accueil de Loisirs et déclare avoir pris connaissance des modalités d'organisation.
- Autorise l'enfant à participer aux activités sportives, sorties extérieures du centre, voyage qui se dérouleront dans le cadre de l'accueil de loisirs : oui non
- Autorise les moniteurs à maquiller l'enfant lors des ateliers « Maquillage » : oui non
- Autorise la diffusion de l'image et de la voix sur tous les supports (photos, vidéos, internet...) : oui non
- Autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant (hospitalisation, intervention chirurgicale, traitement médical...)
- Certifie avoir souscrit pour l'enfant une assurance responsabilité civile et accidents :

N° de police : _____ Compagnie : _____

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements notés ci-dessus et m'engage à signaler à la Ville d'AVESNES-LES-AUBERT tout changement dans la situation de la famille durant l'accueil de loisirs.

A AVESNES LES AUBERT, Date : ____/____/____

Signature du représentant légal :

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

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

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....
.....
.....

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....