INSCRIPTIONS ALSH – PLAN MERCREDI –
Inscriptions 2023

RESPONSABLE : Père, Mère, Tuteur légal (barrer la mention inutile) :

NOM, Prénom……

Adresse (si différente de l'enfant) : ……...

Téléphones

Domicile : ……n° de Mobile : ……

Travail : …… n° de Mobile ……

E-Mail : ……

N° Allocataire CAF :.....

ENFANT :

NOM : ……Prénom : ……

Sexe : M ou F

Age : …… Date et lieu de naissance : …… à ……

Adresse (complète) : …… .

Merci de préciser la classe fréquentée et l'école fréquentée (hors Ecole de Sainte Consorce)

……...

ENFANT :

NOM : …… Prénom : ……

Sexe : M ou F

Age : …… Date et lieu de naissance : …… à ……

Adresse (complète) : ……

Merci de préciser la classe fréquentée et l'école fréquentée (hors Ecole de Sainte Consorce)

……...

ENFANT :

NOM : ……Prénom : ……

Sexe : M ou F

Age : …… Date et lieu de naissance : …… à ……

Adresse (complète) : ……

Merci de préciser la classe fréquentée et l'école fréquentée (hors Ecole de Sainte Consorce)

……...

Personnes à prévenir en cas d'absence du responsable : (une obligatoire à préciser, ex: grands-parents)

NOMS, Prénoms :

……

Téléphones: ……

FREQUENCE DE GARDE

Mon enfant sera présent à l'accueil de loisirs :

Tous les mercredis : □ Un mercredi sur deux □ Autres fréquences : ……

Plages horaires du mercredi :

- ✓ Mercredi journée (8h30-17h30) : □
- ✓ Mercredi matin sans repas (8h30-11h30) : □
- ✓ Mercredi matin avec repas (8h30-13h30) : □
- ✓ Mercredi après-midi avec repas (11h30-17h30) : □
- ✓ Mercredi après-midi sans repas (13h30-17h30) : □

CONDITIONS GENERALES – ALSH 2022

1 - TARIFS

Les prix indiqués comprennent le repas du midi, les activités et les animations.

2 - ACCUEIL

Les enfants sont répartis en 2 tranches d'âges :
3-6 ans, 6-10 ans

Les enfants de 3 à 6 ans seront accueillis dans les locaux de l'école maternelle – 13 rue des monts – 69280 Sainte-Consorce

Les enfants de plus de 6 ans, seront accueillis dans les locaux de l'école primaire – 13 rue des monts – 69280 Sainte-Consorce

Les enfants qui auront 6 pendant l'année, resteront l'année complète dans leur tranche d'âge et changeront de groupe seulement au début de l'année prochaine.

3 - CONDITIONS FINANCIERES

Les paiements par prélèvements et paiement par carte bleue via le portail famille seront a privilégier. La tarification se fait au forfait et pour la demi-journée complète.

Les dégradations volontaires de l'enfant pourront être facturées à la famille.

4 - CLAUSES D'ANNULATIONS

- Par la famille : Pour une annulation survenant moins de 2 jours avant le mercredi auquel l'enfant est inscrit, la somme totale sera facturée ; sauf en cas de maladie, sur pièces justificatives uniquement.

- Par l'alsh : Si l'accueil auquel votre enfant est inscrit ne peut avoir lieu pour quelque raison que ce soit, l'alsh proposera dans la mesure du possible une solution de remplacement. Vous serez remboursés de la totalité des sommes versées. L'alsh ne pourra en être tenu responsable.

5 – INSCRIPTIONS

L'inscription devient définitive à la réception du dossier, de la fiche de réservation des dates et de la réception de l'attestation CAF.

Fait à : …….

Le : ……

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ❑ FILLE ❑

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
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 ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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 pris sans ordonnance.

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME oui ❑ non ❑ MÉDICAMENTEUSES oui ❑ non ❑

ALIMENTAIRES oui ❑ non ❑ AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Leopaint 01 64 66 3000