



Ouvert aux enfants Saint-Venantais ou scolarisés à Saint-Venant  
De la TPS jusqu'au CM2

**Places limitées** **Du 17 au 21 Avril**  
 Planning transmis le premier jour de l'accueil

**L'inscription se fait POUR TOUTE LA SEMAINE  
 UNIQUEMENT A LA JOURNEE  
 DE 9 H - 17 H : Repas et goûter fournis**

- **Un service de garderie sera assuré**
- de 7 h 30 à 9 h : 1.5 euros
- de 17 h à 18 h : 1 euro
- matin et soir : 2 euros
- dépassement après 18h15 : 2 euros  
 (service facturé à la fin de l'accueil)

**Dossier à redéposer  
 pour le mercredi 12 Avril**

**A la demande de la CAF, les tarifs appliqués prennent en compte le quotient familial.**

TARIFS POUR LA SEMAINE	Quotient Familial <à 700€	701€<Quotient Familial<1300€	Quotient Familial > 1301 euros
Journée continue	53 euros	58 euros	63 euros
	2ème enfant et suivant 48 euros	2ème enfant et suivant 53 euros	2ème enfant et suivant 58 euros



**Accueil de Loisirs fonctionne en partenariat avec la CAF D'ARRAS**  
 Possibilité de déduction de l'aide « temps libres » (joindre attestation CAF)

**La facture vous sera envoyée par courrier, à réception de celle-ci le règlement sera à effectuer obligatoirement à la Trésorerie de Lillers**

**Joindre impérativement une attestation de la CAF ou l'avis d'imposition 2022**  
**(si non fourni tarif le plus haut)**

**Tout dossier rendu vaut engagement et facturation**



**NOM de l'enfant :**

**Prénom :**

**Adresse : N° RUE :**

**VILLE :**

**Date de naissance :**

**Lieu de naissance :**

**Age exact en avril 2023 :**

**Classe suivie en 2022-2023 :**

**Carte d'identité n°**

**PERSONNES AUTORISEES A REPRENDRE L'ENFANT OU A CONTACTER**

**(y compris les parents)**

<b>Nom - Prénom</b>	<b>Lien avec l'enfant</b>	<b>N° de Tel Portable</b>

**Une pièce d'identité sera demandée lors de la sortie si besoin**

## Nom et Prénom de l'enfant :

### AUTORITE PARENTALE

- Parents  
 Mère (joindre copie du jugement)  
 Père (joindre copie du jugement)



### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

CPAM : Caisse n° assuré :

MUTUELLE : Nom : n° assuré :

Allocation familiale : n°

### AUTORISATION DU DROIT À L'IMAGE

Je soussigné Mr/Mme

**AUTORISE (\*)**

**N'AUTORISE PAS (\*)**

l'accueil de Loisirs de Saint-Venant à utiliser l'image de mon enfant.....afin de publier d'éventuelles photos ou vidéos sur la page Facebook privée de l'accueil de loisirs

**AUTORISE (\*)**

**N'AUTORISE PAS (\*)**

l'accueil de Loisirs de Saint-Venant à utiliser l'image de mon enfant..... dans la presse, dans le bulletin municipal , dans l'unique but de promouvoir un évènement ou d'en faire un bilan

Je soussigné(e), ..... responsable de l'enfant autorise la Directrice :  
à prendre toutes les mesures qu' (il) elle jugerait utile au cas où l'enfant aurait besoin de soins urgents  
et m'engage à envoyer mon enfant en bonne santé à l'accueil de Loisirs .

Date :

Signature :

Documents à joindre : - Photocopie du carnet de Vaccinations

- Fiche de liaison sanitaire dûment remplie

- Photocopie d'avis d'imposition 2022 et/ou attestation CAF :

**si non fourni le tarif le plus haut sera appliqué**

(\*) Barrer la mention inutile

**Veillez s'il vous plaît rendre un dossier complet**

Dossier :

complet

incomplet

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

2022-2023

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONQUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I. ENFANT NOM : ..... PRENOM : .....  
 SEXE  GARÇON  FILLE  DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

II. VACCINATIONS *(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)*

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES		DATES
	ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVARIOLIQUE	
Du DT polio			/ /
Du DT coq			/ /
Du Tétracoq			/ /
D'une prise polio	RAPPELS		/ /
1 <sup>er</sup> VACCIN	DATES	DATES	DATES
REVACCINATION	VACCIN	1 <sup>er</sup> RAPPEL	/ /

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ? .....

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
		/ /
		/ /

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
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"/> oui <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
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"/> oui <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

..... / /  
 ..... / /  
 ..... / /

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

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

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUI-T-IL UN TRAITEMENT ?  non  oui  
 SI OUI, LEQUEL ? .....  
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?  non  occasionnellement  oui  
 S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ?  non  oui

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : ..... PRENOMS : .....  
 ADRESSE (pendant la période du séjour) : .....

N° DE S.S. : ..... N° DE TEL : ..... DOMICILE : ..... BUREAU : .....

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : .....

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : ..... Signature : .....

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR : ..... Cachet de l'organisme (siège social)  
 .....  
 .....  
 .....

ARRIVEE LE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 DEPART LE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR

PAR LE MEDECIN  (qui indiquera son nom, adresse et n° de téléphone)  
 PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR  (qui indiquera ses nom et adresse)

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