



ALSH



Accueil de Loisirs Sans Hébergement

PRINTEMPS 2021

SAINT-VENANT

ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT DE SAINT-VENANT

Ouvert aux enfants Saint-Venantais ou scolarisés à Saint-Venant
A partir de 3 ans jusqu'au CM2

Places limitées

Du 26 au 30 Avril

Planning transmis le premier jour du centre

**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 7h 30 à 9 h : 1.5 euros
- de 17 h à 18 h : 1 euro
- matin et soir : 2 euros (service facturé à la fin de l'accueil)
- dépassement après 18h10 : 2 euros

**Dossier à retirer
en mairie**

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

Centre 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. Le règlement sera à effectuer obligatoirement à la Trésorerie de Lillers



NOM de l'enfant :

Prénom :

Adresse : N° RUE :

VILLE :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Age exact en Avril 2021 :

Classe suivie en 2020-2021 :

Carte d'identité n°

PERSONNES AUTORISÉES A REPRENDRE L'ENFANT OU A CONTACTER

Nom - Prénom	Lien avec l'enfant	N° de Tel Portable

Une pièce d'identité sera demandée lors de la sortie



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêt de 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatites	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (Informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
MÉDICAMENTEUSES oui non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
Précisez

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE :

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE :

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :