



# FICHE D'INSCRIPTION 2020-2021

## ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT



caf.fr

### UNE FICHE A REMPLIR PAR FAMILLE

**Nom de l'enfant** : ..... Prénom : ..... Né(e) le .... / ..... / ..... Sexe F – M (\*)

**Nom de l'enfant** : ..... Prénom : ..... Né(e) le .... / ..... / ..... Sexe F – M (\*)

**Nom de l'enfant** : ..... Prénom : ..... Né(e) le .... / ..... / ..... Sexe F – M (\*)

**Nom de l'enfant** : ..... Prénom : ..... Né(e) le .... / ..... / ..... Sexe F – M (\*)

### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

PARENTS	RESPONSABLE LEGAL	AUTRE PARENT	CONJOINT (pour les familles recomposées)
NOM			
PRÉNOM			
SITUATION FAMILIALE (marié, séparé...)			
ADRESSE CODE POSTAL COMMUNE			
DATE DE NAISSANCE			
MAIL			
Téléphone DOMICILE			
Téléphone PORTABLE			
Téléphone PROFESSIONNEL			
PROFESSION			
NOM ADRESSE EMPLOYEUR			

### RENSEIGNEMENTS NÉCESSAIRES A LA FACTURATION DES PRESTATIONS

**Coordonnées du redevable légal (la facture est établie à ce nom) :**

Mr  Mme  Mlle – Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Mode de garde :  conjointe  exclusive  alternée<sup>(1)</sup>

**(1) Si garde alternée : Joindre impérativement le calendrier de garde et indiquer les coordonnées du 2<sup>ème</sup> redevable légal**

Nom et prénom de l'allocataire CAF : ..... N° CAF (IMPERATIF) : .....

Je soussigné(e)  Mme –  Mr ..... certifie exact les renseignements ci-dessus.

A ..... Le ..... **Signature :**

### AUTORISATION DE RECHERCHE DU QUOTIENT FAMILIAL CAF

**Joindre une attestation récente** mentionnant votre quotient familial en cas de régime spécifique (MSA, SNCF...)

Je soussigné(e)  Mme –  Mr ..... donne l'autorisation à la commune de consulter mon quotient familial depuis le site de la C.A.F grâce à mon numéro d'allocataire porté ci-dessus. Ce quotient, valable pour la durée de l'année scolaire, ne sera utilisé qu'afin de calculer ma participation financière ou l'aide communale aux différents services périscolaires.

A ..... Le ..... **Signature**

## PERSONNES A JOINDRE EN CAS D'URGENCE ET D'INDISPONIBILITE DES PARENTS

	CONTACT 1	CONTACT 2	CONTACT 3
NOM			
PRÉNOM			
Famille, ami, voisin...			
TÉL. DOMICILE			
TÉ. PORTABLE			
A CONTACTER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUTORISE LA PRISE EN CHARGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### AUTORISATION PHOTOGRAPHIE

Je soussigné(e)  Mme –  Mr .....  
Responsable légal en qualité de Père – Mère – Tuteur (\*) accepte que les photos ou vidéos où mon enfant apparaît soient publiées dans le bulletin municipal ainsi que sur les sites internet officiels, et les journaux locaux.  
mon enfant : .....

A ..... Le ..... **Signature obligatoire précédée de la mention :**  
**« Lu et approuvé »**

### TARIFICATION DU SERVICE

Le service est payant : le tarif est calculé sur la base de la fréquentation effective en fonction du quotient familial calculé par la CAF.

**FAUTE DE DOSSIER COMPLET, LE TARIF LE PLUS ÉLEVÉ SERA AUTOMATIQUEMENT APPLIQUÉ**

### LA RESTAURATION

**Accueil périscolaire :** Le repas est fourni et facturé par la mairie. Le prix du repas est établi par délibération du conseil municipal. Il peut être revu annuellement.

**Mercredi extrascolaire (hors vacances scolaires) :** Le repas est fourni et facturé par la 2C2R. Le prix du repas est établi par délibération du conseil communautaire. Il peut être revu annuellement.

### JUSTIFICATIFS A FOURNIR

#### **Allocataire CAF**

Vous nous avez autorisé à rechercher votre quotient familial (autorisation sur demande) : vous n'avez plus besoin de nous apporter la dernière notification CAF, ni votre avis d'imposition.

#### **Non allocataire CAF**

Veillez nous fournir une attestation récente mentionnant votre quotient familial.

Je soussigné(e)  Mme –  Mr .....  
Responsable légal en qualité de Père – Mère – Tuteur (\*) déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à respecter le règlement intérieur et les modalités de fonctionnement de ces services.

A ..... Le ..... **Signature obligatoire :**

(\*) Entourer la bonne mention.

# REGLEMENT A.L.S.H

## 2020-2021

<b>LIEU D'ACCUEIL :</b>  Maison des Quatre Saisons 5 rue du château 88700 JEANMENIL	<b>POUR QUELS ENFANTS ? :</b>  De la TPS à 14 ans à la condition d'avoir au préalable rempli la fiche d'inscription et la fiche sanitaire et de les avoir redonnées au responsable de l'A.L.S.H
<b>PERIODES D'OUVERTURE :</b>  Vacances de la Toussaint Vacances de Noël Vacances de Février Vacances de Printemps Vacances d'été : les 3 dernières semaines d'août	<b>HEURES D'OUVERTURE :</b>  De 7 h 00 à 18 h 30 (ces horaires peuvent s'étendre de 06h30 à 19h00 uniquement sur demande)  Possibilité de prendre le repas à la cantine (à la condition d'avoir inscrit son enfant au préalable)  Un registre des présences sera tenu chaque jour ouvrable de l'A.L.S.H
<b>ENCADREMENT :</b>  La responsabilité de l'A.L.S.H est confiée à Monsieur le Maire de Jeanménil  La direction de l'A.L.S.H est assurée par Madame Brigitte BERTRAND  Une équipe d'animation (formée de 5 personnes titulaires du BAFA)	<b>ACTIVITES :</b>  Afin de respecter le bon déroulement des activités proposées :  -le matin : aucun enfant ne sera admis après 9h et ne pourra repartir avant 12h00.  -l'après-midi : aucun enfant ne sera admis après 14h00 et ne pourra repartir avant 17h00
<b>MESURES EN CAS D'ACCIDENT:</b> -si un enfant est malade à l'A.L.S.H, les parents(ou responsables) seront avertis, pour venir le rechercher.  - en cas d'accident grave, le personnel alerte immédiatement le 15 ainsi que les parents(ou les responsables) -en cas de blessure mineure, le personnel assurera les petits soins nécessaires.	<b>ASSURANCES :</b> Les risques liés au fonctionnement de l'A.L.S.H sont couverts par le contrat pris par la Mairie auprès de GROUPAMA.  La municipalité décline toute responsabilité concernant : les bijoux, l'argent et les affaires personnelles des enfants.

**Un dossier d'inscription complet et signé devra être constitué lors de la première présence de chaque enfant par la personne ayant l'autorité parentale et devra comporter les pièces suivantes :**

- La fiche sanitaire de liaison de chaque enfant,
- La photocopie du carnet de santé, pages vaccinations à jour,

**A défaut, l'enfant ne sera pas accepté**

**TARIFS A. L. S. H (Accueil de Loisirs Sans Hébergement)**  
**Vacances. Année 2020/2021.**

QUOTIENT	JEANMENIL		EXTERIEUR	
	0-1134	1135 et plus	0-1134	1135 et plus
1/2 journée	2.00 €	3.00 €	4.00 €	6.00 €
journée	3.00 €	4.00 €	6.00 €	8.00 €
semaine	10.00 €	13.00 €	20.00 €	26.00 €

Les enfants du personnel seront accueillis au tarif de JEANMENIL

**Toute inscription à l'ALSH est définitive, seul un certificat médical parvenu dans les 48 h supprimera la facturation de la prestation initialement réservée.**

**Les familles affiliées à un régime spécifique (MSA ...) devront fournir une attestation.**  
**Les familles bénéficiant de « Bons Loisirs CAF » sont priées d'apporter impérativement le bordereau en mairie pour déduction sur facture. A défaut, cette dernière ne pourra être appliquée.**

Le quotient familial est consulté sur le site de la CAF par la mairie. Si ce dernier n'est pas disponible au niveau des services de la CAF ou si les données nécessaires à la facturation sont mal renseignées, le quotient maximum sera alors appliqué, jusqu'à présentation de l'avis d'imposition des parents.

**Le prix du repas cantine a été fixé par le Conseil Municipal à :**

	Jours scolaires	Vacances
• Enfants habitants à JEANMENIL :	4,00 euros	4,00 euros
• Enfants extérieur à JEANMENIL :	5,00 euros	6 ,96 euros

**Les repas doivent être impérativement réservés au plus tard le jeudi de la semaine précédente. Seules les annulations pour motifs valables seront acceptées et non facturées.**

**Le règlement s'effectue à la Trésorerie de Rambervillers**

- En chèques
- En espèces
- Par virement bancaire, les coordonnées bancaires sont mentionnées sur le titre exécutoire.
- Sur internet via le site [www.tipi.budget.gouv.fr](http://www.tipi.budget.gouv.fr) Avec l'identifiant de la collectivité : **002884**

**Si le montant de la facture est inférieur à 15,00 €, la facturation sera reportée au mois suivant.**

**Un montant minimum forfaitaire de 15,00 € sera appliqué en fin d'année scolaire (soit JUILLET) conformément à le décret n° 2017-509 du 7 avril 2017 modifie l'article D.1611-1 du CGCT.**

**Signature obligatoire précédée de la mention :**



L'ENFANT

# FICHE SANTAIRE DE LIAISON

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON

FILLE

**1 – VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> 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

**2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il **un traitement médical** pendant sa présence au centre de loisirs? 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.**

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				

**ALLERGIES :** ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non

ALIMENTAIRES oui  non  ANIMALES oui  non  AUTRES .....

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR**

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui  non  (joindre le protocole et toutes informations utiles)

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

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

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

### 3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL :

DES LENTILLES : oui  non

DES LUNETTES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....  
.....

### 4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives :  oui  non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées :  oui  non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location :  oui  non

J'autorise mon enfant à être maquillé pour certaines activités :  oui  non

J'autorise mon enfant à rentrer seul (à partir de 11 ans uniquement) :  oui  non

J'autorise l'hospitalisation de mon enfant en cas de nécessité absolue:  oui  non

Je demande à ce que mon enfant fasse la sieste :  oui  non

### 5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE.....

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

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

*Je soussigné(e), .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, **Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.***

Date :

Signature :