

ACM « Les Pitchouns »
Ecole Maternelle
13930 Aureille
06.98.88.06.06

DOSSIER D'INSCRIPTION

2016

Je soussigné déclare inscrire
mon enfant à l'ACM,
pour la ou les semaines suivantes (cochez la ou les cases) :

Semaine 1 : du 06 au 08 juillet 2016

Thème : « Les ressources naturelles »

Semaine 2 : du 11 au 15 Juillet 2016

Thème : « Disney »

Semaine 3 : du 18 au 22 juillet 2016

Thème : « Les jeux olympiques »

Semaine 4: du 25 au 29 juillet 2016

Thème : « Le rêve américain »

Tarifs :

TARIFICATION « LES PITCHOUNS » APPLICABLE AU 1ER JANVIER 2016

<u>CENTRE AERE JUILLET</u>	<u>semaine/enfant</u>	
	1 ENFANT	A PARTIR DE DEUX
TRANCHE A	50,00 €	40,00 €
TRANCHE B	65,00 €	55,00 €
TRANCHE C	80,00 €	70,00 €

<u>CENTRE AERE JUILLET</u>	<u>SEMAINE/ADO</u>	
	1 ENFANT	A PARTIR DE DEUX
TRANCHE A	55,00 €	45,00 €
TRANCHE B	70,00 €	60,00 €
TRANCHE C	85,00 €	75,00 €

Extérieurs 80 € par enfant. 48€ la 1^{ère} semaine, et 64 € semaine du 14 juillet.

Extérieurs 85 euros par adolescent, 51€ la 1^{ère} semaine.

Semaine 1/enfant	1 enfant	A partir de 2 enfants
TRANCHE A	30,00€	24,00€
TRANCHE B	39,00€	33,00€
TRANCHE C	48,00€	42,00€

Semaine 1/ado	1 enfant	A partir de 2 enfants
TRANCHE A	33,00€	27,00€
TRANCHE B	42,00€	36,00€
TRANCHE C	51,00€	45,00€

Les dossiers d'inscription devront être rendus complets au plus tard le 27 mai 2016 accompagnés des pièces suivantes :

- **Pour les non-adhérents à l'association :**

1. Règlement de l'adhésion (17€ par famille pour l'année scolaire en cours)
2. Règlement de la ou des semaines en centre aéré
3. Attestation d'assurance extra-scolaire et de la responsabilité civile.
4. Justificatif de domicile
5. Justificatif de revenu (application de la tarification par tranche)

- **Pour les adhérents à l'association**

Règlement de la ou des semaines en centre aéré

L'inscription définitive de votre ou vos enfants ne sera enregistrée qu'après le dépôt du dossier complet.

Nous acceptons les chèques vacances ANCV ainsi que les cartes « latitude 13 » pour les ados.

ACM « Les Pitchouns »

Ecole Maternelle

13930 Aureille

06.98.88.06.06

Nom et prénom de l'enfant :

Date et lieu de naissance :

Police d'assurance couvrant l'enfant : N°

Coordonnées de la compagnie :

	PERE	MERE
NOM		
PRENOM		
ADRESSE		
TEL FIXE		
TEL PORTABLE		
N° D'ALLOCATAIRE		
ADRESSE DE LA CAF, MSA ou autre ...		
@ MAIL		

Personnes avec qui l'enfant peut arriver ou repartir, autre que les responsables légaux, avec autorisations de ces derniers :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Déclaration du responsable légal

Pour être admis à l'accueil collectif de mineur sans hébergement, cette déclaration devra être obligatoirement remplie et signée par le responsable légal de l'enfant.

Je soussigné, (Nom et prénom)
Responsable légal de l'enfant :
(Nom et prénom).

En cas de divorce, préciser si le conjoint n'ayant pas obtenu la garde de l'enfant peut venir chercher l'enfant à l'accueil de loisirs :

OUI

NON

- Demande l'inscription de mon enfant au centre de loisirs « Les Pitchouns ».
- Déclare avoir pris connaissance de toutes les informations présentées dans le dossier d'inscription.
- Autorise le directeur du centre à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, suivant les prescriptions du médecin consulté.
- M'engage à régler les frais de journées et les frais médicaux pharmaceutiques.
- Autorise mon enfant **à se baigner et à participer à toutes les activités et sorties** organisées par l'accueil de loisirs.
- Reconnais avoir pris connaissance et approuve le règlement intérieur de l'ACM.
- Autorise l'accueil de loisirs à utiliser dans le cadre éducatif ou pédagogique (journal, publications) des photos de mon enfant, prises au cours des activités du centre.
- Autorise mon enfant à quitter seul le centre. (Groupe adolescent)

A, le 2016

SIGNATURE :



PREFECTURE des BOUCHES du RHÔNE
Direction Départementale de la Cohésion Sociale - Bouches du Rhône
Accueils Collectifs de Mineurs à Caractère Educatif

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1°) MINEUR ACCUEILLI :

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

Garçon

Fille

Poids du mineur :

2°) VACCINATIONS (le tableau ci-dessous doit être accompagné des copies des pages de vaccinations du carnet de santé sans omettre de mentionner le nom et prénom du mineur concerné)

VACCINS * OBLIGATOIRES	Date du dernier rappel	VACCINS RECOMMANDÉS	Dates
Diphtérie		BCG	
Tétanos		Coqueluche	
Poliomyélite		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
		Hépatite B	
		Autres	

* Rappel tous les 5 ans pour les vaccins obligatoires pour les mineurs

3°) RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE MINEUR ACCUEILLI

a) Le mineur présente-t-il des troubles de santé ?

Allergies alimentaires : NON OUI Préciser à quoi :

Allergies médicamenteuses : NON OUI Préciser à quoi :

Autres allergies : NON OUI Préciser à quoi :

Asthme : NON OUI

Diabète : NON OUI

Epilepsie : NON OUI

Autres : NON OUI Préciser :

b) Le mineur suit-il un traitement médical régulier ? NON OUI

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (médicaments dans leur emballage d'origine marqué au Nom et Prénom du mineur avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

c) Le trouble de la santé implique-t-il une conduite particulière à suivre en cas d'urgence pendant le déroulement de l'accueil de loisirs ou le séjour avec hébergement?

NON OUI

Si oui, prendre contact avec le Directeur de l'accueil de loisirs ou du séjour avec hébergement.

d) Autres difficultés de santé et précautions à prendre (suivi spécialisé, antécédents d'accidents, d'opération ...) :

4°) RECOMMANDATIONS UTILES SIGNALÉES PAR LES PARENTS (l'enfant ou le jeune porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, problème d'énurésie ...) :

5°) RESPONSABLE(S) DU MINEUR

NOM : PRENOM :

Adresse :

Tel fixe et/ou portable Domicile :

Tél fixe et/ou portable travail :

NOM : PRENOM :

Adresse :

Tel fixe et/ou portable Domicile :

Tél fixe et/ou portable travail :

NOM et Téléphone du médecin traitant :

Je soussigné,, responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil collectif de mineurs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical après consultation d'un médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du mineur.

Date :

Signature(s) :

Il est rappelé que cette fiche sanitaire de liaison peut être remise sous enveloppe cachetée par les familles au Directeur de l'accueil de mineurs. Les informations communiquées restent confidentielles et seront restituées aux familles. Les fiches sanitaires de liaison doivent être renouvelées tous les ans. Toute modification en cours d'année concernant les renseignements ci-dessus devra être signalée au Directeur

COORDONNEES DE L'ORGANISATEUR :

COORDONNEES DE L'ACCUEIL DE MINEURS :