

VACANCES DE FÉVRIER



Du lundi 26 février au vendredi 09 mars 2018

FIN DES INSCRIPTION

LE VENDREDI 9 FÉVRIER

INCLUS

Pour les enfants qui fréquentent la garderie périscolaire possibilité de déposer le dossier dans l'urne directement dans la salle de garderie à l'école Malraux.

Lundi Mardi Jeudi Vendredi de 7h à 8h10 et de 16h30 à 18h30.

Dans l'urne de la mairie de 9h à 12 h et de 14h à 17h

FONCTIONNEMENT DE L'ACM

L'Accueil de Loisirs Municipal est ouvert à la journée de **10H à 17H** avec une restauration obligatoire pour tous les enfants. Pour le bon déroulement des activités et de sécurité des mineurs, veuillez prendre vos rendez-vous chez le médecin, l'orthophoniste... avant 10 heures ou après 17 heures.

Il accueille des enfants âgés :

↳ de 4 à 14 ans dans les locaux de l'école Pasteur place du Sana à Montigny-en-Ostrevent.

Vous avez la possibilité :

Soit de déposer directement l'enfant à l'accueil de loisirs à 10 heures et le récupérer à 17 heures à la grille. (côté piste de rollers)

Soit utiliser la garderie de 8h à 10 h et de 17h à 18h uniquement pour les deux parents qui travaillent. Le paiement a lieu à chaque fin de semaine. En fonction de votre quotient familial

Lors des sorties à la journée, le départ et le retour du car ont toujours lieu à l'école Malraux rue Henri Matisse. Il n'y a pas de garderie du soir.

TARIF ACM FEVRIER 2018

MOIS de Février	ALSH MATERNEL QUOTIENT FAMILIAL			
	de 0 à 369 € Soit 0,13 €/ heure	de 370 à 499€ soit 0,33 €/ heure	de 500 à 700 € soit 0,48 €/ heure	> 700 € ou pas de QF soit 0,63€/heure
du 26 au 02 Mars 5 jours	1,75	5,60	10,85	16,10
Du 05 au 09 Mars 5 jours	1,75	5,60	10,85	16,10
Du 26 au 09 Mars 10 jours	3,50	11,20	21,70	32,20

MOIS de Février	ALSH PRIMAIRE QUOTIENT FAMILIAL			
	de 0 à 369 € Soit 0,13 €/ heure	de 370 à 499€ soit 0,33 €/ heure	de 500 à 700 € soit 0,48 €/ heure	> 700 € ou pas de QF soit 0,63€/heure
Du 26 au 02 Mars 5 jours	4,55	11,55	16,80	22,05
Du 05 au 09 Mars 5 jours	4,55	11,55	16,80	22,05
Du 26 au 09 Mars 10 jours	9,10	23,10	33,60	44,10

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

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

ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS DOSSIER D'INSCRIPTION Février 2018.

ETAT CIVIL (Barrez la mention inutile)

Nom de l'enfant :	
Prénom de l'enfant :	
Date de naissance :	à
Age :	
Genre : Fille	Garçon
Adresse :	
Nationalité :	
Téléphone domicile :	
Portable :	
Mail de la famille :	
N° de sécurité sociale auquel est affilié l'enfant :	
Numéro d'allocataire (CAF).....	
Ou autre :	
L'enfant est-il porteur d'un handicap ? : OUI - NON	

SCOLARITE

REGIME ALIMENTAIRE

Classe :	i	Absence de Régime
Ecole :	i	
Ville :		Repas avec P.A.I via certificat médical obligatoire

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX OBLIGATOIRES (Fiche sanitaire jointe)

Nom du médecin de famille :
Adresse du médecin de famille :
Numéro de téléphone :
Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance du Directeur du Centre. (traitements, allergies...).....
.....
.....
.....

Profession du père :

Coordonnées de l'employeur :.....

Profession de la mère :.....

Coordonnées de l'employeur :.....

Je soussigné (e) NOM :

Prénom :

-**déclare** accepter pour mon enfant les conditions de fonctionnement de l'accueil de loisirs et autorise la Directrice à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale.

-**certifie** sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements donnés ci-dessus.

A MONTIGNY-EN-OSTREVENT, le

.Signature **obligatoire**

PERIODES SOUHAITEES

Semaine 1

Du lundi 26 février au vendredi 2 mars 2018 : OUI -NON

Semaine 2

Du lundi 05 au vendredi 9 mars 2018 : OUI -NON