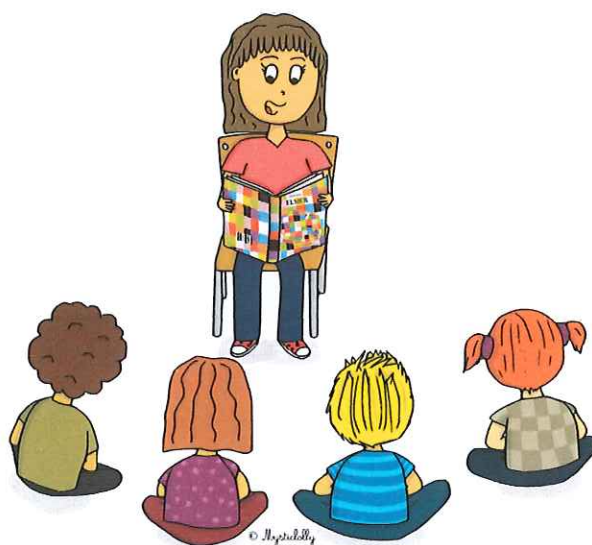


DOSSIER D'INSCRIPTION

ALSH MATERNEL



ALSH ETE

1ere session du lundi 10 juillet au vendredi 28 juillet 2017.

2^{ème} session du lundi 31 au vendredi 18 août 2017.

INSCRIPTION

POUR LES MOIS DE JUILLET ET AOÛT

du 09 mai 2017 au 24 mai 2017 inclus.

De 9H à 11H30 et de 14H à 17 H à l'école Pasteur.

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.

Vous pouvez également déposer le dossier dans la boîte aux lettres de l'école Pasteur

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 6 ans maternels dans les locaux de l'école Victor Hugo rue des écoles à Montigny-en-Ostrevent.

↪ de 6 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. (piste de rollers)

Soit utiliser la garderie de 8h à 10 h et de 17h à 18h uniquement pour les deux parents qui travaillent.

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

TARIF ACM - ETE 2017

MOIS de JUILLET	ALSH MATERNEL QUOTIENT FAMILIAL			
	de 0 à 369 € Soit 0,05 € / heure	de 370 à 499€ soit 0,16€ / heure	de 500 à 700 € soit 0,31 € / heure	> 700 € ou pas de QF soit 0,46€ /heure
du 10 au 13 Juillet 4 jours	1,40	4,48	8,68	12,88
du 17 au 21 Juillet 5 jours	1,75	5,60	10,85	16,10
du 24 au 28 Juillet 5 jours	1,75	5,60	10,85	16,10
du 10 au 28 Juillet 14 jours	4,90	15,68	30,38	45,08

MOIS AOÛT	ALSH MATERNEL QUOTIENT FAMILIAL			
	de 0 à 369 € Soit 0,05 € / heure	de 370 à 499€ soit 0,16€ / heure	de 500 à 700 € soit 0,31 € / heure	> 700 € ou pas de QF soit 0,46€ /heure
du 31 au 4 août 5 jours	1,75	5,60	10,85	16,10
du 7 au 11 août 5 jours	1,75	5,60	10,85	16,10
du 14 au 18 août 4 jours	1,40	4,48	8,68	12,88
du 31 au 18 août 14 jours	4,90	15,68	30,38	45,08

ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS DOSSIER D'INSCRIPTION ETE 2017

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 : i Repas avec P.A.I via certificat médical obligatoire

ACTIVITE PISCINE

J'autorise mon enfant à aller à la piscine Oui Non

L'enfant sait-il nager ? Oui Non

L'enfant possède-t-il un brevet de natation Oui Non

Si oui pour le brevet de natation de mètres *fournir la photocopie du diplôme.*

Assistant (e) familial (e) :.....

Tuteur Légal :.....

ETAT CIVIL DES PARENTS

NOM :.....

Prénom :.....

Adresse précise :.....

Numéro de téléphone :.....

Portable :.....

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, leSignature **obligatoire**

PERIODES SOUHAITEES

CAS n°1 PAR SESSION (barrez la mention inutile)

1ère session

Du lundi 10 juillet au vendredi 28 juillet 2017 : OUI -NON

2^{ème} session

Du lundi 31 juillet au vendredi 18 août 2017 : OUI -NON

CAS n°2 PAR SEMAINE

SEMAINE	DATE	L'ENFANT SERA *	
		PRESENT	ABSENT
Semaine 1	10 au 13 /07		
Semaine 2	17 au 21/07		
Semaine 3	24 au 28/07		
Semaine 4	31 au 4/08		
Semaine 5	7 au 11 /08		
Semaine 6	14 au 18/08		

**Mettre une croix (x) pour la réponse qui vous concerne.*

PIECES OBLIGATOIRES A FOURNIR

.Fiche sanitaire de liaison (ci-jointe) à compléter rigoureusement.

Copie des vaccinations qui doivent être à jour.

.**Photocopie de l'assurance extra-scolaire** nominative relative à l'enfant (exemple MAE 24/24, MAE famille, couvrant les accueils de loisirs ou une attestation d'assurance privée notée « extra-Scolaire »

.**Un justificatif de domicile** de moins de 3 mois

.**Paiement au dépôt du dossier**, calcul du tarif en fonction du quotient familial Caf du Nord.

Vous reportez au tableau tarif ACM. Ces barèmes sont définis par délibération du Conseil Municipal.

Vous devez présenter obligatoirement, une attestation de la Caf de moins de 3 mois.

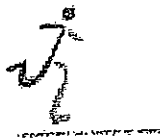
.**Règlements** de préférence par chèque à l'ordre du trésor public (veuillez indiquer au dos du chèque le nom et prénom de l'enfant)

En espèces, prévoir le compte juste dans une enveloppe marquée au nom de l'enfant.

Les chèques ANCV sont acceptés. (**aucun** remboursement en cas d'annulation ou de maladie)

Information :

Mercredi **26 juillet** 2017 - 17h30 fête de l'ALSH au Centre Jean Monnet.



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____
PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - 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			
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou 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

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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 pris sans ordonnance.

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

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

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

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

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

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