

REGLEMENT

TARIFICATION :

Tarification des semaines sans repas		en journée	1/2 journée
Plafond 1 - 600 €	St avold	48	24
Plafond 2 de 600 à 1000 €	St avold	55	27,50
Plafond 3 + de 1000 €	St Avold	58,50	29,25
Plafond 1 - 750 €	E xtérieur St Avold	58	29
Plafond 2 de 750 à 1250 €	Extérieur St Avold	65	37,50
Plafond 3 + de 1250 €	Extérieur St Avold	68,50	39,25

La semaine étant définie sur 5 j ouvrables

REVENU NET IMPOSABLE : 12 = (montant)

(montant) : NBRE PARTS = Chiffre qui déterminera le plafond

INSCRIPTION :

La totalité des droits d'inscription est à régler lors du dépôt du dossier à l'Espace jeune :

- Espèces
- Chèque (à établir à l'ordre du Trésor Public)

PIECE A PRESENTER :

- ☐ Original Feuille d'imposition 2020 sur les revenus de l'année 2019

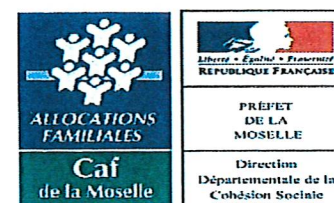
PIECES A FOURNIR :

- ☐ Fiche sanitaire de liaison (ci-jointe)
- ☐ Attestation Assurance scolaire

« SEULS LES DOSSIERS COMPLETS SERONT VALIDES »

A Saint-Avold, le

Signature : (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)



DOSSIER D'INSCRIPTION

« A.L.S.H »

(Accueil de Loisirs sans Hébergement)

2021

L'ENFANT :

Nom et prénom : ☐ Garçon ☐ Fille

Date de naissance : Age :

Adresse du domicile :

N° ALLOCATAIRE (obligatoire) :

Attestation d'assurance ou Responsabilité Civile – N° du contrat :

LE RESPONSABLE LEGAL : (Cochez et complétez selon le cas)

☐ Père (Nom & Prénom) :

N° tél. Privé : N° tél. Professionnel :

☐ Mère (Nom & Prénom) :

N° tél. Privé : N° tél. Professionnel :

Adresse :

☐ Autre (Nom & Prénom) :

N° tél. Privé : N° tél. Professionnel :

NB : En cas de séparation avec décision du tribunal, prière de joindre un justificatif.

☐ L'ENFANT EST AUTORISE A RENTRER SEUL PAR SES PROPRES MOYENS :

☐ AUTRES PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT :

Nom-Prénom : N° tél.

Nom-Prénom : N° tél.

Nom-Prénom : N° tél.

☐ PERSONNES A PREVENIR EN CAS DE NECESSITE (maladie, accident etc...) :

Nom-Prénom : N° tél.

Nom-Prénom : N° tél.

Nom-Prénom : N° tél.

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e)

Exercant l'autorité parentale de l'enfant :

Nom : Prénom :

Déclare avoir pris connaissance de la réglementation des activités organisées par la Ville de Saint-Avoid dans le cadre des actions en faveur de la jeunesse.

Déclare être assuré(e) pour les dommages que mon enfant pourrait subir au cours de la pratique des activités ou occasionner à d'autres personnes.

Cochez la case correspondante	OUI	NON
Autorise la Ville de Saint-Avold ou le responsable de l'activité à <i>publier des photographies</i> de mon enfant ou <i>filmer dans le cadre de ses activités</i> , sans pouvoir exiger une quelconque contrepartie et sans que la responsabilité de la Ville de Saint-Avold ne puisse être recherchée à ce sujet.		
Autorise la Ville de Saint-Avold ou le responsable de l'activité à <i>prendre les mesures d'urgence</i> concernant mon enfant, notamment <i>en cas d'accident</i> .		

REGIME ALIMENTAIRE :

- .Avec VIANDE

- ☐.Sans VIANDE

- ☐ ALLERGIES.....

PROGRAMMATION SAISON 2021

LIEUX	PÉRIODE	AGE	ACTIVITES	FACTURATION <i>(Réservé à l'administration)</i>
A.L.S.H. HUCHET J.D'ARC FAUBOURG	Huchet: 12 places/sem. ☐ Du 12/07 au 16/07/2021 = 4 jours ☐ Du 19/07 au 23/07/2021 = 5 jours ☐ Du 26/07 au 30/07/2021 = 5 jours J.D'Arc : 12 places/sem. ☐ Du 12/07 au 16/07/2021 = 4 jours ☐ Du 19/07 au 23/07/2021 = 5 jours ☐ Du 26/07 au 30/07/2021 = 5 jours Faubourg : 12 places semaine ☐ Du 12/07 au 16/07/2021 = 4 jours ☐ Du 19/07 au 23/07/2021 = 5 jours ☐ Du 26/07 au 30/07/2021 = 5 jours	de 6 ans à 11 ans	Activités Manuelles -Activités Sportives -Activités Culturelles -Loisirs	OBSERVATIONS :
HORAIRES : de 9h00 à 12h00 Et de 14h00 à 17h00				



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
Code de l'Action Sociale et des Familles



1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE
DE LIAISON

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

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT : ELLE EVITE DE VOUS DEMANDER DE SON CARNET DE SANTÉ

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCC					

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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	
ALLERGIES :	ASTHME	oui ☐ non ☐	MÉDICAMENTS	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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui ☐ non ☐
S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RECUEE ? oui ☐ non ☐
5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRÉNOM : _____
ADRESSE (pendant le séjour) : _____

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

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

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

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : ☐ DE LA CMU ☐ D'UNE PRISE EN CHARGE S.S. À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendus nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____ Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES