

La Clé des Âges de La Motte-Turriers

ALSH "LEÏ CIGALOUNS"

De 3 ½ ans à 12 ans

lacledesages@orange.fr

Tél : 04 92 36 13 43

Mobile : 06 08 45 53 66

<https://lacledesages-plmt.com>

Adresse postale : 62 rue de la république 04250 La Motte du Caire

La CAF 04 participe financièrement au fonctionnement de l'association

Les inscriptions se font à la semaine ou à la journée suivant le nombre de places disponibles. La priorité est donnée aux enfants inscrits à la semaine et dont un des deux parents au moins ou le représentant légal habite une des communes du pays La Motte-Turriers.

Nous accueillons les jeunes enfants à partir de 3 ½ ans ayant fréquenté l'école maternelle de manière régulière pendant au moins un semestre. Les parents doivent fournir le pique-nique et le goûter. Le masque est obligatoire à partir de 6 ans.

FICHE D'INSCRIPTION : ÉTÉ => Du 12 juillet au 20 août 2021

1 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT :

Nom :	Prénom :
Date de naissance :/...../.....	Lieu de naissance :
Ecole :	Classe fréquentée :
Collège :	Classe fréquentée :

2 - ACTIVITÉS PRÉFÉRÉES OU PRATIQUÉES :

.....

3 - AUTORISATIONS : L'enfant est autorisé :

- A quitter seul le centre oui non
- A participer à la baignade oui non

L'enfant sait-il nager ? oui non

Recommandations pour la baignade (brassards, bonnet, ceinture, lunettes...)

.....

Personnes habilitées à venir le chercher en votre absence

Nom	Prénom	Téléphone

4 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE :

MÈRE		PÈRE
	Nom - Prénom	
	Adresse	
	Code postal - Ville	
	Téléphone portable	
	Email	
	Téléphone professionnel	
	Profession	
	Nom de l'employeur	

Responsable légal	
N° de sécurité sociale	
Adresse du centre payeur	
N° d'allocataire CAF, MSA ou autre organisme	
Nom de l'assurance responsabilité civile	
N° de l'assurance responsabilité civile	
Nombre d'enfants à charge	

5- PÉRIODES :

DATES	TARIFS		TOTAL
Du 12/07/2021 au 16/07/2021*	40 €	Total sans réduction	
Du 09/07/2021 au 23/07/2021	50 €		
Du 26/07/2021 au 30/07/2021	50 €		
Du 02/08/2021 au 06/08/2021	50 €		
Du 09/08/2021 au 13/08/2021	50 €		
Du 16/08/2021 au 20/08/2021	50 €		
Tarif à la journée sans sortie nombre de journée	13.5 €	10% à déduire pour le 2ème enfant de la même famille	-
Tarif à la journée avec sortie nombre de journée	17 €	15% à déduire pour le 3ème enfant de la même famille	-
Adhésion à l'association (Une adhésion par famille)	20 €		+
		Coût TOTAL	=
		Aides aux temps libres de la CAF à déduire	-
*14 juillet férié = FERMÉ		NET à PAYER	=

Mode de règlement : **Payable en :** 1 fois 2 fois

Espèces (contre reçu) :€

Chèque bancaire (à l'ordre de : La Clé des Âges) :€

6 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :

- VACCINATIONS*

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

*SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

VACCINS	oui	non	Dates des vaccins	RECOMMANDÉS	Dates des vaccins
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons	
Poliomyélite				Coqueluche	
OU DT polio				Autres (à préciser)	
OU tétra coq					
				BCG	

- TRAITEMENT MÉDICAL

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Si **OUI** joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicament 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"/>	Coqueluche	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Varicelle	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Otite	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Angine	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Rougeole	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Scarlatine	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Oreillons	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Rhumatisme articulaire aigu	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>			

- ALLERGIES Asthme oui non
 Allergies médicamenteuses oui non
 Allergies alimentaires oui non

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

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

INDIQUEZ CI-APRÈS :

Les difficultés de santé (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opérations, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

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

7 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, ...etc

.....

.....

8 - L'ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM :	PRÉNOM :	
Adresse (pendant le séjour) :		
.....		
.....		
Tél. fixe :	Tél. portable :	Tél. bureau :
Nom et téléphone du médecin traitant :		
.....		

Je soussigné,responsable de l'enfant pendant le séjour, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la 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 :

.....

Documents à fournir dûment complétés et signés :

- Vaccins
- Attestation d'assurance RC
- Aides aux temps libres
- Règlement intérieur et son annexe
- Autorisation droit à l'image
- Règlement (chèque ou espèces)

A réception des documents, nous vous confirmerons l'inscription de votre enfant.

Nous vous remettrons les statuts de l'association, la charte de bonne conduite et un reçu si vous avez réglé en espèces.