



Bulletin d'inscription pour l' ALSH d'Arts Scènes et Compagnie
« à la ferme des cerisiers – ALSH sans hébergement de l'été 2018 »
pour les 6 à 12 ans

La ferme des cerisiers, le bourg, 46400,

Saint Vincent-du-Pendit, Tel : 06.11.43.56.41

Partie à remettre au bureau administratif d'Arts Scènes et Compagnie (18 Place de l'église 46400 Saint-Céré) avant la date de l'ALSH

Je soussigné(e) Mme, M.....

Adresse :

Code Postale : Commune

Mail :@.....

Téléphone : Mobile

Souhaite inscrire mon (mes) enfant(s) :

Fille/Fils.....Né(e) le.....

Fille/Fils.....Né(e) le.....

Joindre justificatif du Quotient familial (+ copie aide CAF ou MSA si vous en avez reçu) et attestation d'assurance extrascolaire en cours.

L'adhésion familiale annuelle de 17 € est nécessaire (cette adhésion est valable de date à date)..

Droit à l'image

Droit au transport

J'atteste avoir lu et accepté le règlement intérieur du séjour (le règlement est accessible sur le site web et présent sous forme papier sur les lieux).

J'atteste avoir complété et signé la fiche sanitaire de liaison obligatoire.

Date et Signature des parents :

****Vous pouvez cocher les dates auxquelles vous pensez amener votre enfant, attention les journées en gris sont des journées de sorties, l'enfant ne peut pas venir pour la demi-journée.**

Téléphoner pour prévenir tout changement : Stéphanie Lassire 06-11-43-56-41 Merci

(Cocher**) Lundi 9 Juillet .	Mardi 10	Mercredi 11	Jeudi 12	Vendredi 13
MATIN		Sortie Prudhommat		
APRES MIDI				
(Cocher**) .Lundi 16.	Mardi 17	Mercredi 18	Jeudi 19	.Vendredi 20.
MATIN		Sortie Tauriac		
APRES MIDI				
(Cocher**) Lundi 23	Mardi 24	Mercredi 25	Jeudi 26	Vendredi 27
MATIN				Sortie Miers
APRES MIDI				
(Cocher**) Lundi 30	Mardi 31	Mercredi 1 Août .	Jeudi 2	Vendredi 3
MATIN			Sortie Biars	
APRES MIDI				
(Cocher**) Lundi 6	Mardi 7	Mercredi 8	Jeudi 9	.Vendredi 10.
MATIN	Sortie Estal			
APRES MIDI				Sortie Chateau

Infos pratiques

Le quotient familial: Il permet de déterminer le tarif des activités à Arts Scènes et Cie via ce tableau : **Toutes les semaines du 9/07 au 10/08/2018**

TARIF 2018 ALSH (SANS hébergement) "Arts et Nature"		
Selon votre Quotient Familial (QF)	La demi-journée	Forfait à la semaine
Tarif A : QF de 0 à 430	4 €	36 €
Tarif B : QF de 431 à 850	5 €	45 €
Tarif C : QF supérieur à 851	6 €	54 €

10 % à partir du second enfant de la fratrie

Les aides et titres CAF MSA JPA sont acceptés, aides CE

Le QF est fournie par la Caf ou la MSA dans l'année courante, **c'est un document demandé avec l'inscription pour justifier le tarif**. Si vous ne parvenez pas à obtenir ce document, il est possible de calculer manuellement le QF avec votre dernière déclaration de vos revenus (que nous demandons en copie dans ce cas).

Pour les repas du midi, vous pouvez fournir un pique nique que votre enfant aura la possibilité de réchauffer au micro-onde. Le goûter est offert. Prévoir un sac de piscine, chapeau , crème solaire et des basket. Les horaires d'une journée type sont : 7h-9h jeux libre / 9h-12h animation / 12h-14h repas / 14h-17hAmation / 17h-19h jeux libre.

Pour des questions pédagogiques/vie pratique contacter Mme Lassire Stéphanie au 06-11-43-56-41.

Pour des questions administratives/comptabilité contacter le bureau à Saint Céré au 05-81-48-01-62

Le paiement s'effectue par courrier ou au bureau de Saint Céré, auprès de la comptable. Il est possible de payer en espèces, en chèque(s) et/ou en chèques vacances. Pour un paiement échelonné il suffit d'indiquer au dos de chaque chèque la date à laquelle vous souhaitez être débité.



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	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				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"/>
COQUELUCHE 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

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