INSCRIPTIONS

Pour que votre enfant participe à l'accueil de loisirs, ce dossier doit être dûment complété et remis au Pôle Éducation-Animation de la Communauté de Communes de l'Argonne Champenoise, accompagné des pièces justificatives suivantes :

- les vaccins
- l'assurance scolaire/périscolaire/extrascolaire
- attestation de Quotient Familial (QF) CAF ou MSA
- les aides aux temps libres (déduites directement de votre facture)

L'accueil de loisirs se déroule sur trois sites :



Locaux de l'école <u>Robert LANCELOT MATERNELLE</u>

Route Royale 51800 Ste-Ménehould

(enfants de 3 à 6 ans - PS à GS)

Locaux de l'école Camille MARGAINE 45 rue Camille MARGAINE 51800 Ste-Ménéhould (enfants de 6 à 12ans - CP à CM2)

Locaux de l'école GIVRY-EN-ARGONNE
Lotissement du Champ Treizain 51330 GIVRY-EN-ARGONNE
(enfants de 3 à 12ans - PS à CM2)

HORAIRES

- 7h30-9h00 Accueil échelonné
- 9h00-12h00 Activités
- 12h00-13h30 Pause méridienne
- 13h30-14h00 Accueil échelonné
- 14h00-17h00 Activités
- 17h00-18h00 Départ échelonné





Communauté de Communes de l'Argonne Champenoise Pôle Éducation-Animation

TARIFS (selon Quotient Familial CAF/MSA)

ACCUEIL DE LOISIRS	Forfait journée	Hors CCAC Forfait journée
1ère tranche QF de 0 à 499,99	8€	15 €
2ème tranche QF de 500 à 899,99	9€	16 €
3ème tranche QF de 900 à 1399,99	10 €	17 €
4ème tranche QF de 1400 et + ou non fourni	11 €	18 €
Supplément retard (non respect du délai de l'horaire de fermeture)	5,00 €	

REPAS À AJOUTER AU FORFAIT DE LA JOURNÉE : 5,40 €

La facturation est faite à la fin de l'accueil de loisirs, le paiement se fait via Internet (site Payfip) ou auprès d'un buraliste/partenaire agréé, liste consultable sur : http://www.impots.gouv.fr/portail/paiement-de-proximite Merci de cocher les jours dont vous avez besoin ainsi que la case repas en cas de nécessité. ATTENTION au site d'inscriptions.

		<u> </u>	NSCRIPT	IONS SI	TE SAINT	E-MEN	EHOULD			
	LU 10		M <i>A</i> 11		ME 12		JE 13		VE 14	
SEMAINE 1	JOURNÉE	REPAS	JOURNÉE	REPAS	JOURNÉE	REPAS	JOURNÉE	REPAS		
									FÉRI	ΙÉ
	LU 17		M <i>A</i> 18		ME 19		JE 20		VE 21	
SEMAINE 2	JOURNÉE	REPAS	JOURNÉE	REPAS	JOURNÉE	REPAS	JOURNÉE	REPAS	JOURNÉE	REPAS
	LU 24		MA 25		ME 26		JE 27		VE 28	
SEMAINE 3	JOURNÉE	REPAS	JOURNÉE	REPAS	JOURNÉE	REPAS	JOURNÉE	REPAS	JOURNÉE	REPAS

		<u>!</u>	NSCRIPT	IONS SI	TE GIVRY	/-EN-AF	RGONNE			
	LU 10		MA 11	1	ME 12		JE 13		VE 14	
SEMAINE 1	JOURNÉE	REPAS	JOURNÉE	REPAS	JOURNÉE	REPAS	JOURNÉE	REPAS		
									FÉRI	É
	LU 17		M <i>A</i> 18		ME 19		JE 20		VE 21	
SEMAINE 2	JOURNÉE	REPAS	JOURNÉE	REPAS	JOURNÉE	REPAS	JOURNÉE	REPAS	JOURNÉE	REPAS
	LU 24		MA 25		ME 26		JE 27		VE 28	
SEMAINE 3	JOURNÉE	REPAS	JOURNÉE	REPAS	JOURNÉE	REPAS	JOURNÉE	REPAS	JOURNÉE	REPAS

CONTACT:



Communauté de Communes de l'Argonne Champenoise Pôle Éducation-Animation

50 Avenue de Pertison - 51800 SAINTE-MENEHOULD

03.26.60.45.04/06.13.31.32.63-accueils deloisirs @cc-argonnech ampenoise. from the contraction of the cont

<u>Dossier d'inscription ACCUEILS DE LOISIRS</u> <u>ÉTÉ 2023</u>

INFORMATIONS SUR LES RESPONSABLES LÉGAUX¹

Partie réservée à l'administration :
Famille :
Reçu le : Suivi par :
Enregistré le :

☐ Mariés/Pacsés	☐ Famille d'Accueil	□Veuf(Ve)	□Séparés
□Monoparentale	□ Concubinage	□ Divorcés Merci de nous fournir la copie du jugement relative à la garde des enfants	En cas de garde alternée, merci de préciser le calendrier
RESPO	NSABLE 1	RESPONSA	ABLE 2
Lien de parenté avec l'en	<u>fant</u> :	Lien de parenté avec l'enfan	<u>t</u> :
Nom:		Nom:	
Prénom :		Prénom :	
Adresse*:		Adresse *:	
CP/ Commune :		CP/ Commune :	
Tél. Domicile :		Tél. Domicile :	
Tél. Portable* :		Tél. Portable* :	
Tél. Travail :		Tél. Travail :	
Email*:		Email*:	
Profession:		Profession :	
Employeur :		Employeur :	
Merci d'adresser la factu	<u>re</u> *: □ Mère □ Père	☐ Famille d'accueil	
Nombre d'enfant à charg	3 ^C	taire CAF <i>ou attestation N</i> our établir le tarif de facturation)	ISA*

 $^{^{1}}$ * Champs et documents obligatoires

INFORMATIONS SUR L'ENFANT

Photo récente

NOM et Prénom :				(non obligatoire)
Né-e le :	Genre : Ma	sculin 🗆	Féminin 🗆	
Lieu de résidence de l'en	fant :			
<u>École</u> :		Classe	_:	
	AUTORISATIO	NS		
J'autorise mon enfant à rentrer s	seul à la fin des activités		□ 0	ui 🗆 Non
J'autorise le personnel d'animati supports pour des activités ?	on à photographier/filmer mon enfant	et à utiliser ce	S 🗆 O	ui 🗆 Non
J'autorise l'utilisation de ces sup	ports (photos et/ou vidéos) sur :		□ Fa	e internet de la CCAC cebook de la CCAC esse locale
•	er à toutes les activités organisées par lo nimation dans les locaux et à l'extérieur		la 🗆 Ou	ıi □ Non
J'autorise le personnel d'animati	on à maquiller mon enfant ?		□ Οι	ıi □ Non
J'autorise le personnel d'animati en minibus avec mon enfant ?	on à se déplacer		□ Οι	ıi □ Non
Mon enfant sait-il nager ?			□ O:	
J'autorise mon enfant à aller à la	piscine ?		<u> </u>	ui 🗆 Non
	SÉCURITÉ			
	connes autorisées à récupérer mon enfa		·	-
(Aucune personne non mentionr	née ne pourra récupérer votre enfant si	vous ne nous l'	avez pas signalée)	
NOM - PRÉNOM	ADRESSE	NUMÉRO	DE TÉLÉPHONE	LIEN
	SANTÉ			
MÉDECIN TRAITAN (nom, adresse, numéro de té				_
	ASSURANCE	*		
Joindre la copie de l'assuranc	e périscolaire et extrascolaire de vo	otre enfant		

Les parents ou représentants légaux :

- Déclarent exacts les renseignements portés sur ce dossier
- Reconnaissent avoir pris connaissance du règlement intérieur
- En cas d'accident ou d'incident, autorisent le responsable de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant

Date ://	Signature du ou des responsable(s) légal(aux)



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR:					
PRENOM :					1
DATE DE NAISSANCE:	GE:	_	·····/·····/		
SEXE: M		ш	_		
Cette fiche permet 20 février 2003 rela loisirs).	de reci atif au s	ueillir d suivi sar	es informations util nitaire des mineurs	es concernant votre en séjour de vacan	Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).
1-VACCINATION (se	e référe	r au car	1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)	certificats de vacci	nations)
VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons- Rougeole	
				Hépatite B	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

Autres (préciser)

Pneumocoque

BCG

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

nécessaires en cas d'urgence)	<u> </u>
s nécessair	Non
information	jour ? 🗖 Oui
:kg ; Taille :cm (un traitement médical pendant le sé
Poids	Suit-il

Signature:

Date:

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES MEDICAMENTEUSES AUTRES (animaux, plantes, pollen) :	in oni		
si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.	se de l'aller	gie, les sig	jnes évocateurs et la
e mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser □ oui □ non	i préciser	oni	non
J-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc	auditif, co	mporteme	ent de l'enfant,
4-RESPONSABLES DU MINEUR Responsable N°1 : NOM :	PRÉNOM :		
TEL DOMICILETEL TRAVAIL.	VAIL		
Responsable N°2:: NOM:PRÉNOM:			
TEL DOMICILETEL TRA	VAIL		TEL TRAVAIL
NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :			
e soussigné(e)	e fiche et le loisirs à p	sponsable m'engage rendre, le r.	responsable légal du mineur, et m'engage à les réactualiser si à prendre, le cas échéant, toutes eur.