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 au plus tard le 18 octobre 2023, merci de fournir les pièces justificatives suivantes :

- les vaccins
- l'assurance scolaire/périscolaire/extrascolaire
- attestation de Quotient Familial (QF) CAF ou MSA

L'accueil de loisirs se déroule dans les locaux du Groupe Scolaire Robert LANCELOT - Route Royale 51800 Ste-Ménehould.

HORAIRES

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

L'académie des SORCIERS

Du 23 octobre au 03 novembre 2023

Pour les enfants scolarisés ou ayant 3 ans révolus

INSCRIPTIONS JUSQU'AU

MERCREDI 18 OCTOBRE 2023 INCLUS

Communauté de Communes de l'Argonne Champenoise
50 Avenue de Pertison - 51800 Ste-Ménehould
Tél : 03.26.60.45.04 - accueilsdeloisirs@cc-argonnechampenoise.fr

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

TARIFS
(selon Quotient Familial CAF/MSA)

	Journée complète	Hors CCAC journée complète
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 À LA JOURNÉE COMPLÈTE : 5,40 €

La facturation des prestations est mensuelle, 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

CONTACT :
03.26.60.45.04
accueilsdeloisirs@cc-argonnechampenoise.fr

Merci de cocher les jours dont vous avez besoin ainsi que la case repas en cas de nécessité.

	LU 23/10		MA 24/10		ME 25/10		JE 26/10		VE 27/10	
SEMAINE 1	JOURNÉE	REPAS	JOURNÉE	REPAS	JOURNÉE	REPAS	JOURNÉE	REPAS	JOURNÉE	REPAS

	LU 30/10		MA 31/10		ME 01/11	JE 02/11		VE 03/11	
SEMAINE 2	JOURNÉE	REPAS	JOURNÉE	REPAS	FÉRIÉ	JOURNÉE	REPAS	JOURNÉE	REPAS

N'oubliez pas de prendre connaissance du règlement intérieur afin de connaître l'organisation de l'accueil.
Celui-ci est disponible sur le site de la Communauté de Communes :
https://www.argonnechampenoise.fr/

Restant à votre disposition pour toutes questions.

L'équipe du Pôle Éducation-Animation.

Dossier d'inscription ACCUEIL DE LOISIRS
OCTOBRE 2023

INFORMATIONS SUR LES RESPONSABLES LÉGAUX[1]

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

☐ Mariés/Pacsés	☐ Famille d'Accueil	☐Veuf(Ve)	☐Séparés *En cas de garde alternée, merci de préciser le calendrier*
☐Monoparentale	☐Concubinage	☐ Divorcés *Merci de nous fournir la copie du jugement relative à la garde des enfants*	

RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
Lien de parenté avec l'enfant :	*Lien de parenté avec l'enfant :*
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 facture** : ☐Mère ☐Père ☐Famille d'accueil

Nombre d'enfant à charge ☐

N° d'allocataire CAF *ou attestation MSA** ☐
(nécessaire pour établir le tarif de facturation)

[1] * *Champs et documents obligatoires*

INFORMATIONS SUR L'ENFANT

Photo récente

(non obligatoire)

NOM et Prénom :

Né-e le : Genre : Masculin ☐ Féminin ☐

Lieu de résidence de l'enfant :

École : Classe :

AUTORISATIONS	
J'autorise mon enfant à rentrer seul à la fin des activités	☐ Oui ☐ Non
J'autorise le personnel d'animation à photographier/filmer mon enfant et à utiliser ces supports pour des activités ?	☐ Oui ☐ Non
J'autorise l'utilisation de ces supports (photos et/ou vidéos) sur :	☐ Site internet de la CCAC ☐ Facebook de la CCAC ☐ Presse locale
J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées par le service, sous la responsabilité du personnel d'animation dans les locaux et à l'extérieur ?	☐ Oui ☐ Non
J'autorise le personnel d'animation à maquiller mon enfant ?	☐ Oui ☐ Non
J'autorise le personnel d'animation à se déplacer en minibus avec mon enfant ?	☐ Oui ☐ Non
Mon enfant sait-il nager ?	☐ Oui ☐ Non
J'autorise mon enfant à aller à la piscine ?	☐ Oui ☐ Non

SÉCURITÉ

Je mentionne ci-dessous les personnes autorisées à récupérer mon enfant à la sortie des activités (une CNI peut être demandée)
(Aucune personne non mentionnée ne pourra récupérer votre enfant si vous ne nous l'avez pas signalée)

NOM - PRÉNOM	ADRESSE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	LIEN

SANTÉ

MÉDECIN TRAITANT *(nom, adresse, numéro de téléphone)*	

ASSURANCE*

Joindre la copie de l'assurance périscolaire et extrascolaire de votre 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)**

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

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 référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

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

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES ☐ oui ☐ non
MEDICAMENTEUSES ☐ oui ☐ non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : ☐ oui ☐ non
Précisez .....

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non
.....
.....
.....

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc…
.....
.....
.....
.....

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....
ADRESSE :..... .....
....
TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : : NOM : ..... PRÉNOM : .....
ADRESSE :..... .....
....
TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :