

# Villages Récré



Mairie de Préaux

76160 PREAUX

## DOSSIER D'INSCRIPTION FAMILLE .....

(nom, prénom, date de naissance de chaque enfant)

1 <sup>ère</sup> enfant :	2 <sup>ème</sup> enfant :
3 <sup>ème</sup> enfant :	4 <sup>ème</sup> enfant :

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE RESPONSABLE LÉGAL

Responsable légal de l'enfant :  Père  Mère  Tuteur

Situation de famille :  Marié  Divorcé  Séparé  Célibataire  Veuf(ve)  
 Vie maritale  En instance de divorce

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal :..... Ville : .....

Compagnie d'assurance :.....N° du Contrat :.....

Numéro de Sécurité sociale :|\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_|

Régime général  CAF  MSA  autres (préciser) .....

N° .....

Téléphones (Domi) .....(Trav):.....(Port):.....

E-mail : .....

## AUTORISATION

**Je soussigné(e).....autorise les personnes**  
ci-dessous désignées à reprendre mon (ou mes) enfant(s) au centre de loisirs « Villages  
Récré ».

Toute autre personne devra avoir une autorisation écrite datée et signée de ma part  
pour reprendre mon (ou mes) enfant(s).

Nom				
Prénom				
Lien de parenté				
si mineur année de naissance				
Adresse				
Téléphone				

**Au cas où il s'agit d'une personne mineure, nous attirons votre attention sur le fait que**  
cela se fait sous votre entière responsabilité.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur joint et en accepte tous les  
articles.

Fait à Préaux, le : .....

Signature :



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



N° 1086P04

## 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 DÉMURIR 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					
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 <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	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 (MÉDICAL).....

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

## CONDITIONS D'INSCRIPTION

LE REGLEMENT DOIT SE FAIRE : (Attention tous les règlements sont à effectuer en mairie de Préaux)

### **Dossier valide de l'automne 2019 à l'été 2020**

- ⇒ Pour les petites vacances la totalité au moment de l'inscription
- ⇒ Pour l'été 50% à l'inscription, et la totalité doit être réglée lors du premier jour de fréquentation du centre par l'enfant.

Il ne sera pas effectué de remboursement sauf cas de force majeure.

En cas d'absence pour maladie, il pourra être procédé à un remboursement partiel, qui ne pourra prendre effet au plus tôt qu'à partir de la 2ème journée d'absence (sous réserve de justificatif).

En cas d'absence pour convenance personnelle, la journée ne sera ni remboursée ni reportée sur d'autres périodes de vacances scolaires.

Dans tous les cas, il est nécessaire de prévenir le centre de loisirs (cf règlement intérieur).

L'enfant inscrit devra fournir avant fréquentation ce dossier complété, signé et comprenant:

- Un certificat médical récent valable pour l'année en cours, uniquement dans le cas où des informations importantes seraient à nous communiquer, telles que :

- l'inaptitude à la pratique d'activités physiques

- les allergies éventuelles de l'enfant

- et toutes autres précisions importantes en cas de problème de santé

- La feuille d'imposition si la famille est concernée par une réduction.

- Photocopies du carnet de vaccinations à jour

- Versement demandé selon la période

Si l'administration de médicaments s'avère nécessaire il convient de remplir la décharge disponible en mairie.

Le nombre de places étant limité, les dossiers sont pris par ordre d'arrivée.

Tout manquement grave à la discipline sera signalé aux parents. L'exclusion pourra être prononcée après décision collective. Dans ce cas, aucune somme ne sera remboursée et les frais occasionnés seront à la charge de la famille.

### INSCRIPTION, PHOTOS ET AUTORISATIONS PARENTALES :

Je soussigné(e) .....

responsable légal de(s) (l') enfant(s) .....

- Certifie avoir pris connaissance des conditions d'inscription, du règlement intérieur.
- Autorise en cas de nécessité la direction du centre à faire soigner mon/mes enfant(s) et à faire pratiquer les éventuelles interventions chirurgicales nécessaires. (anesthésie comprise).
- Certifie avoir une assurance responsabilité civile couvrant mes enfants pour l'année en cours.
- Accepte de payer l'intégralité ou la part des frais de séjour m'incombant ainsi que, le cas échéant, les frais médicaux ou d'hospitalisation.
- Les enfants pourront être filmés ou pris en photos dans le cadre des différentes activités organisées par l'accueil de loisirs.

Sauf refus exprimé explicitement ci-dessous, les parents acceptent que les images prises à l'occasion de ce séjour, puissent être utilisées (sans but lucratif) au cours d'animations et éventuellement dans les supports d'information de l'accueil de loisirs ou de la mairie à :

- La publication d'article dans le bulletin communal
- Faire connaître ce service
- Expositions de galeries y compris sur le site web

Cette autorisation est valable, sans limitation de durée, sauf dénonciation de votre part par courrier après la date de signature de ce dossier.

J'accepte /  Je n'accepte pas la diffusion.

Date : ..... Signature précédée de la mention "Lu et approuvé"

# FICHE D'INSCRIPTION ET DE TARIFICATION

Eté 2020

TARIFS		Semaine à 5 jours	Semaine à 4 jours	Semaine à 3 jours
TARIF (*): Préautais et Les communes conventionnées : Martainville-Epreville, Roncherolles sur le Vivier et Servaville-Salmonville		<b>60,00 €</b>	<b>48,00 €</b>	<b>36,00 €</b>
TARIF: Communes extérieures		<b>85,00 €</b>	<b>68,00 €</b>	<b>51,00 €</b>

**LIEU DE L'A.L.S.H « CLEF DES CHAMPS » A PRÉAUX**

Inscription et calcul de la participation financière de la famille

Cocher les cases pour désigner les jours de présence ainsi que la participation à la veillée

**ATTENTION (1 veillée par semaine, facultative, supplément de 7€ par veillée à payer en même temps que l'inscription)**

ALSH	1° enfant							2° enfant							3° enfant							TOTAL							
	L	M	Me	J	V	veillée	montant	L	M	Me	J	V	veillée	montant	L	M	Me	J	V	veillée	montant								
N° SEMAINE																													
28 (du 6 au 10 juillet)																													
29 (du 13 au 17 juillet)																													
30 (du 20 au 24 juillet)																													
31 (du 27 juillet au 31 août)																													
32 (du 03 au 07 août)																													
33 (du 10 au 14 août)																													
34 (du 17 au 21 août)																													
35 (du 24 au 28 août)																													
Total pour la famille																													
Total si application 20% réduction																													

**Une réduction de 20% peut être accordée en fonction du revenu imposable du foyer seulement pour les Préautais.**

**Fournir le justificatif d'imposition demandé au moment de l'inscription obligatoirement, sans justificatif de la famille avant le séjour la réduction ne sera pas appliquée et il n'y aura pas de rétroactivité.**

NOM de FAMILLE: .....  
 ENFANT(S), né(e) le  
 1° .....  
 2° .....  
 3° .....

**Règlement à l'ordre du trésor public.**  
 La commune accepte les aides diverses : CAF - chèque ANCV - Comité d'entreprise - MSA ...

**Feuille d'impôts 2019 sur les revenus de l'année 2018**  
**Revenu imposable du foyer :**  
 Pour 1 enfant inférieur à 13 750 €  
 Pour 2 enfants inférieur à 22 500 €  
 Pour 3 enfants inférieur à 38 000 €

Réduction accordée  
 20%