

INSCRIPTIONS AUX ACTIVITES MUNICIPALES
Du 1^{ER} SEPTEMBRE 2024 AU 31 AOÛT 2025

PARENTS

NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
Né(e) le :	Né(e) le :
Adresse :	Adresse :
.....
.....
mail :	mail :
Téléphone :	Téléphone :
↳ Travail :	↳ Travail :
↳ Portable :	↳ Portable :
Situation familiale : <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> pacsé(e) <input type="checkbox"/> célibataire	Situation familiale : <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> pacsé(e) <input type="checkbox"/> célibataire

QUOTIENT FAMILIAL

Personnes bénéficiant des allocations familiales :
 CAF MSA Fonctionnaire autre :

Nom de l'allocataire :

N° d'allocataire :

Quotient familial : depuis le :

Personnes non allocataires (sur le dernier avis d'imposition) :

Revenu fiscal de référence : Nombre de parts :

Nombre d'enfant(s) à charge :

E N F A N T

NOM : Prénom :

Né(e) le Sexe : masculin féminin

Classe : Niveau : Nom de l'enseignant :

Sait-il nager ? oui non

PERSONNES A PREVENIR ET AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

- **NOM**, prénom :

Adresse :

N° de téléphone : Lien de parenté :

- **NOM**, prénom :

Adresse :

N° de téléphone : Lien de parenté :

- **NOM**, prénom :

Adresse :

N° de téléphone : Lien de parenté :

- **NOM**, prénom :

Adresse :

N° de téléphone : Lien de parenté :

AUTORISATIONS

↳ Autorise mon enfant à participer aux sorties : oui non

↳ Autorise mon enfant à rentrer seul (si + 7 ans) : oui non

↳ Autorise mon enfant à être photographié : oui non

↳ Autorise la publication des photos : oui non

FICHE DE RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

1 – MEDECIN TRAITANT :

Nom, prénom :

Adresse :



2 – VACCINATIONS : Joindre une copie des pages du carnet de santé mentionnant les vaccinations de l'enfant.

SI L'ENFANT N'A PAS RECU LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'Enfant a-t-il 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 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"/>	

ALLERGIE : Asthme : OUI NON
Alimentaire : OUI NON
Médicamenteuse : OUI NON
Autres

En cas d'allergie, précisez la conduite à tenir

A-t-il été effectué un P.A.I. (Projet d'Accueil Personnalisé) à l'école ?

oui non

L'enfant a-t-il un traitement médical continu à suivre durant l'accueil de loisirs?

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.

REGIME ALIMENTAIRE SPECIFIQUE :

végétarien sans porc sans poisson autre :

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Indiquez ci-après, les difficultés de santé que vous souhaitez faire connaître à l'équipe d'animation (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) et les précautions à prendre.

Précisez si votre enfant porte des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

AUTORISE le personnel d'encadrement des différentes structures à prendre toutes les mesures d'urgence rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

DÉCLARE AVOIR PRIS CONNAISSANCE DES REGLES DE FONCTIONNEMENT définies pour les accueils de loisirs,

DOCUMENTS A FOURNIR :

- ➔ Attestation d'assurance responsabilité civile, extra-scolaire et individuelle accident
- ➔ Carnet de vaccinations
- ➔ pour les bénéficiaires d'allocations familiales : attestation de la CAF indiquant le quotient familial
- ➔ pour les personnes non-allocataires : dernier avis d'imposition ou de non-imposition que vous avez reçu (l'absence de pièce justificative entraînera l'application du tarif le plus élevé).

Fait à ARMBOUTS-CAPPEL, le

Signature,

TARIFS ALSH

Quotient Familial	Tarifs pour la semaine		Péricentre (de 7h30 à 9h00) Tarifs 1/2h
	Résidents et/ou scolarisés à Armbouts-Cappel	Extérieurs	
0 à 369 €	7.50 €	7.50 €	0.12 €
370 à 499 €	13.50 €	13.50 €	0.22 €
500 à 700 €	18.00 €	18.00 €	0.30 €
701 à 800 €	30.00 €	45.00 €	1.00 €
801 à 900 €	31.50 €	46.50 €	1.05 €
901 € et +	33.00 €	48.00 €	1.10 €

TARIF repas cantine : 4.20€ le repas.