

Villages Récré

Préaux/Servaville-Salmonville/La Vieux Rue

(*) La Communauté de Communes Inter-Caux-Vexin et communes conventionnées

Mairie de Préaux

76160 PREAUX

DOSSIER D'INSCRIPTION FAMILLE

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

1 ^{ère} enfant :	2 ^{ème} enfant :
3 ^{ème} enfant :	4 ^{ème} 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

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
Diphthérie				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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	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 (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

CONDITIONS D'INSCRIPTION

LE REGLEMENT DOIT SE FAIRE AU MOMENT DE L'INSCRIPTION.

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 2018/2019, 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.

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. Pour permettre une meilleure organisation, il est conseillé de retourner le bulletin d'inscription au minimum 8 jours avant le 1^{er} jour de fréquentation de l'enfant.

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 2018/2019
- 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 2018/2019.
- 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, de la mairie, ou de la Communauté des Communes Inter-Caux-Vexin destinés à :

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

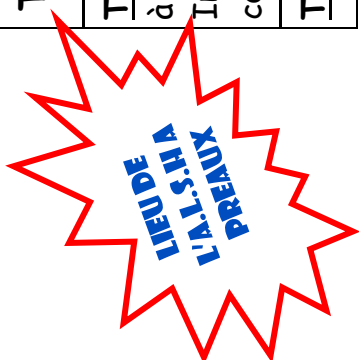
Cette autorisation est valable, sans limitation de durée, sauf dénonciation de votre part par courrier après la date de signature de ce dossier.

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

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

FICHE D'INSCRIPTION ET DE TARIFICATION

Hiver 2019



TARIFS	Semaine 5 jours	Semaine 4 jours
TARIF(*) : Communes adhérentes à la Communauté de Communes Inter-Caux-Vexin et communes conventionnées	60,00 €	48,00€
TARIF: Communes extérieurs	85,00 €	68€00

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 ...

Inscription et calcul de la participation financière de la famille

Cocher les cases pour désigner les jours de présence

ALSH Hiver 2019	1° enfant			2° enfant			3° enfant																				
	Jours de présence			Jours de présence			Jours de présence																				
N° SEMAINE	L	M	J	V	L	M	J	V	L	M	J	V	montant														
7 (du 11 au 15 Fév.)																											
8 (du 18 au 22 Fév.)																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Feuille d'impôts 2018 sur les revenus de l'année 2017</th> <th>Réduction accordée</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">Revenu imposable du foyer (ligne 14):</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pour 1 enfant inférieur à 13 750 €</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pour 2 enfants inférieur à 22 500 €</td> <td></td> <td>20%</td> </tr> <tr> <td>Pour 3 enfants inférieur à 38 000 €</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>													Feuille d'impôts 2018 sur les revenus de l'année 2017		Réduction accordée	Revenu imposable du foyer (ligne 14):			Pour 1 enfant inférieur à 13 750 €			Pour 2 enfants inférieur à 22 500 €		20%	Pour 3 enfants inférieur à 38 000 €		
Feuille d'impôts 2018 sur les revenus de l'année 2017		Réduction accordée																									
Revenu imposable du foyer (ligne 14):																											
Pour 1 enfant inférieur à 13 750 €																											
Pour 2 enfants inférieur à 22 500 €		20%																									
Pour 3 enfants inférieur à 38 000 €																											
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.