

Madame, Monsieur,

Vous trouverez ci-joint le dossier d'inscription pour l'ACCUEIL DE LOISIRS 2017 / 2018, à remplir et nous retourner au plus vite, il comprend :

1. Une fiche d'inscription avec les conditions générales de participation, à signer recto verso ;
2. Une fiche sanitaire à remplir (nous vous remercions de bien vouloir nous fournir la photocopie des vaccins);
3. Fiche d'inscription ALSH
4. Fiche d'inscription annuelle pour les différentes activités

Pour valider l'inscription de votre enfant, il est obligatoire de remplir le dossier ci-joint. L'accueil de loisirs se déroule à l'ECOLE SAINT JEAN (Ex St Bernard) de BESANCON ; Les repas sont pris au lycée St Jean.

Concernant les enfants scolarisés à l'école maternelle et primaire de SAINT CLAUDE, nos animateurs les prendront en charge à la sortie de l'école et les amèneront prendre leurs repas et participer aux différentes activités proposées par le CENTRE DE LOISIRS DU BARBOUX à l'école SAINT JEAN ; pour les enfants concernés, nous vous remercions de bien vouloir nous signer l'autorisation parentale jointe.

Chaque famille doit verser une somme de 14 € pour l'adhésion d'une durée d'un an à l'association. Cela vous permet de participer à la vie associative. Celle-ci s'ajoute obligatoirement au prix des activités.

- Pour chaque inscription au CLB, des affaires personnelles sont demandées à vos enfants chaque jour.
 - Des vêtements de rechange (complets) pour les 3-5 ans
 - Il est obligatoire d'inscrire le nom de l'enfant sur ses affaires personnelles (le CLB ne sera pas tenu responsable de la détérioration ou perte d'effets personnels)
- Le programme des activités est disponible lors des journées de l'accueil de loisirs. Il est établi avec l'équipe d'animation et respecte les différents rythmes et les besoins de vos enfants.

- Afin de constituer une équipe respectant les normes d'encadrement et de garantir une place à votre enfant, nous vous remercions de bien vouloir inscrire votre enfant par période.
- **Horaires d'accueil :** de 8h00 à 9h30 et de 13h00-à 14h00.
- **Horaires de départ :** de 11h45-à 12h00 et de 16h30 à 18h00.
- **Numéro de téléphone du bureau de l'association :**
 - 03.81.80.61.81 (du lundi au vendredi de 9h à 12h et de 13h30 à 17h30)
- **Numéro de portable du directeur de l'Accueil Loisirs:**
 - 07.81.93.20.31 (uniquement les jours d'ouvertures de l'accueil de loisirs : mercredis et vacances)

Aussi, nous vous remercions de bien vouloir effectuer une attestation, autorisant votre (vos) enfant(s), à partir avec les personnes désignées munies de leur pièce d'identité.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sincères salutations.

L'équipe d'animation du
Centre de loisirs du Barboux

INSCRIPTIONS – ALSH 2017/18

 3 – 6 ans 6 – 8 ans 9 – 12 ans

Photo
Obligatoire

ENFANT :

NOM : Prénom Sexe : M ou F

Age : Date et lieu de naissance : à

Adresse (complète) :

Pour les habitants de Besançon merci de préciser le quartier :

Merci de préciser l'école fréquentée :

RESPONSABLE : Père, Mère, Tuteur légal (*barrer la mention inutile*) :

NOM, Prénom :

Adresse (si différente de l'enfant) :

Téléphone Domicile :

Travail : Portable :

E-mail : N° Allocataire CAF :

Personne à prévenir en cas d'absence du responsable : (obligatoire)

NOM, Prénom :

Téléphone :

Situation parentale :

Vie maritale Marié Divorcé Célibataire Autres informations :

AUTORISATION :

Je soussigné(e) : autorise mon fils, ma fille :

- A participer à l'Accueil de Loisirs du Barboux (AL) organisé par l'association du Centre de Loisirs du Barboux.
- A pratiquer les activités prévues (baignade, etc...) et à monter dans les transports mis en place par l'association (bus, mini-bus, voiture ...).
- J'autorise la direction de l'AL, organisé par le Centre de Loisirs du Barboux à mettre en œuvre tout traitement médical nécessaire (Intervention du médecin, Opération...).
- J'autorise toute diffusion publique de l'image, du son et de l'écrit (site Internet, reportage, article journal ...) de mon enfant lors du séjour, et ce durant 99 ans.
- Autorise le CLB à prendre en charge mon enfant à la sortie de l'école Saint-Claude.
-

Fait à :

Le :

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Conditions Générales de Participation ALSH 2017 - 2018

1 - TARIFS

Les prix indiqués comprennent le repas du midi, les goûters, l'assurance, les activités du séjour, l'animation.

2 TRANCHES D'AGE

Les enfants sont répartis en 3 tranches d'âge : 3-6 ans, 6-8 ans et 9-12 ans.

Les enfants de 3 à 8 ans seront accueillis dans les locaux de l'école SAINT JEAN, 1 Rue Violet - 25000 BESANCON.

Les enfants de plus de 9 ans, seront accueillis à la MAISON DE QUARTIER du COMITE DE SAINT CLAUDE 5 Rue Jean Wyrsh - 25000 BESANCON.

Les enfants qui auront 6 ou 9 ans, pendant les périodes 1, 2 ou 3, resteront la période complète dans leur tranche d'âge et changeront de groupe seulement au début d'une nouvelle année scolaire.

3 - CONDITIONS FINANCIERES

Les paiements par chèques bancaires, postaux, chèques vacances ANCV, espèces ou mandats sont acceptés (libellé à l'ordre de : Centre de Loisirs du Barboux). Toute journée ou demi-journée doit être impérativement réglée à l'inscription.

Joindre tous types d'aides vacances (CAF, Caisses des écoles, Participation C.E. ...) dès l'inscription.

Les dégradations volontaires de l'enfant pourront être facturées à la famille.

4 - CLAUSES D'ANNULATIONS

- *Par la famille*: Pour une annulation survenant **moins de 15 jours** avant la journée à laquelle l'enfant est inscrit, **la somme totale sera facturée** ; sauf en cas de maladie, sur pièces justificatives uniquement.
- *Par le CLB* : Si l'Accueil de Loisirs auquel votre enfant est inscrit ne peut avoir lieu pour quelque raison que ce soit, le CLB proposera dans la mesure du possible une solution de remplacement. Vous serez remboursés de la totalité des sommes versées. Le CLB ne pourra en être tenu responsable.

5 - INSCRIPTIONS

L'inscription devient définitive à la réception du dossier, de la fiche de réservation des dates et du règlement total de la journée.

Toute journée non soldée entraînera son annulation.

Le CLB vous invite, afin de vous couvrir de façon complémentaire à souscrire une assurance individuelle.

Fait à :

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Le :



<h1>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h1>	1 - ENFANT
	NOM : _____
	PRÉNOM : _____
	DATE DE NAISSANCE : _____ GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR 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					
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 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 AIGÛ 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"/>	

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

.....

