

ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT DE FLOING

DU 8 JUILLET AU 13 AOUT 2021 POUR LES 3 - 12 ANS
OUVERTURE DE 8H30 A 16H30

ACCUEIL GROUPE MOYENS 8H25-11H30

PETITS 8H30-11H30

GRANDS 8H35-11H30

RETOUR GROUPE MOYENS 13H30-16H25

PETITS 13H30-16H30

GRANDS 13H30-16H35

RESTAURATION POSSIBLE DE 11H30 A 13H30

JUSQU'AU 30 JUILLET GARDERIE POSSIBLE DE 7H30-8H30 ET DE 16H30-18H00
(0.50€/DEMI-HEURE)

ACTIVITES DIVERSES

TARIFS :

FLOING 5,00 €/JOUR 9,10 €/JOUR AVEC REPAS

EXTERIEUR 8,00 €/JOUR 12,10 €/JOUR AVEC REPAS

Possibilité d'aide financière par le CCAS, CAF, chèques loisirs pour les + de 11 ans

INSCRIPTIONS A LA MAISON DES OISEAUX Sur rendez -vous

Du lundi 7 juin au vendredi 11 juin sauf mercredi

Renseignements au 06/78/06/52/19 ou 03/24/26/65/77

Les dossiers sont à télécharger sur le site www.villedefloing.com ou sur le blog de l'école.

LES DOSSIERS INCOMPLETS OU DEPOSES EN MAIRIE SERONT REFUSES

INSCRIPTIONS

Le règlement est à effectuer à la semaine entière. Vous pouvez régler en espèces, chèques ou chèque loisirs (les chèques seront libellés à l'ordre du Trésor Public). Les inscriptions se feront dans l'ordre d'arrivée.

Inscription à la semaine obligatoire

En cas d'absence d'au moins 5 jours consécutifs, un remboursement est possible sur présentation certificat médical avant la fin de la semaine.

Les Tarifs :

Pour les résidents de Floing/	la journée sans cantine: 5,00 € la journée avec cantine: 9,10 €
Pour les extérieurs/	la journée sans cantine: 8,00 € la journée avec cantine: 12,10 €

Documents nécessaires pour l'inscription :

- chèques loisirs CAF
- notification CAF
- carnet de santé
- carte d'immatriculation à la Sécurité Sociale
- carte d'allocataire à la CAF
- carte de mutuelle complémentaire
- attestation responsabilité civile

Documents nécessaires pour l'aide CCAS :

- attestation coefficient CAF

RECOMMANDATIONS PRATIQUES

Les enfants de moins de 6 ans seront repris à la fin de la journée par les parents ou une personne adulte nommément désignée par eux sur le bulletin d'inscription.

Dans tous les cas, il est recommandé aux parents de veiller aux déplacements de leurs enfants jusqu'au centre de loisirs.

Les enfants seront habillés de manière adaptée aux activités et à la météo (ex. bonnet de bain pour la piscine).

Les vêtements seront marqués.

Seules les baskets à semelles blanches sont autorisées pour l'accès au COSEC.

Aucun objet dangereux, ni de valeur ne doit être introduit.

Votre enfant doit être assuré (contrat couvrant les dommages corporels auxquels il peut être exposé pendant les activités). Par ailleurs, la commune organisatrice souscrit un contrat d'assurance Responsabilité Civile.

Les projets éducatif et pédagogique sont consultables en mairie et au centre de loisirs.

ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT
Vacances été 2021

Date ALSH : 08/07/21 au 16/07/21 19/07/21 au 23/07/21 26/07/21 au 30/07/21

02/08/21 au 06/08/21 9/08/21 au 13/08/21

Garderie au tarif de 0.50€ la demi-heure jusqu'au 30 juillet 2021 le matin le soir

Enfant moins de 6 ans

Avec repas sans repas

Repas sans porc

Heures d'arrivée 8H30 9H30

NOM et prénom de l'enfant Garçon Fille

Date de naissance/...../..... Lieu de naissance

NOM et prénom du responsable légal

Adresse

Adresse mail :

Téléphone Domicile

Portable Travail

Employeur Père Mère

N° CAF N° Sécurité Sociale

Assurance Responsabilité civile individuelle :

Compagnie N° (Joindre une attestation)

Personnes à contacter en cas d'urgence

NOM Prénom

Tél.OU

NOM Prénom

Tél.OU

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant en plus du père ou de la mère

.....
.....

AUTORISATION DU RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

Je soussigné (e)responsable de l'enfant

- Autorise celui-ci à repartir seul de l'Accueil de Loisirs OUI NON

A Floing, le Signature

-Autorise gracieusement la publication d'images de mon enfant sur les supports de communication de la mairie

oui non

Je soussigné (e)responsable de l'enfant

. déclare avoir pris connaissance de l'organisation et du fonctionnement du service, je les approuve et m'engage à les respecter

. certifie que les renseignements portés sur le présent dossier sont exacts.

A Floing, le Signature

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I. ENFANT NOM : PRENOM :
 SEXE GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE : ___/___/___

II. VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES	DATES
Du DT polio	___/___/___
Du DT coq	___/___/___
Du Tétracoq	___/___/___
D'une prise polio RAPPELS	___/___/___
	___/___/___

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
DATES	VACCIN	DATES	VACCINS	DATES	DATES
1 ^{er} VACCIN	___/___/___	1 ^{er} RAPPEL	___/___/___	___/___/___
REVACCINATION	___/___/___	___/___/___

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ?

	NATURE	DATES
INJECTIONS DE SERUM	___/___/___
	___/___/___

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT
 L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
non oui	non oui	non oui	non oui	non oui
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
non oui	non oui	non oui	non oui	non oui

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :
 (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

..... / /
 / /
 / /

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

.....

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-T-IL UN TRAITEMENT ? non oui
 SI OUI, LEQUEL ?
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? non occasionnellement oui

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? non oui

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOMS :

ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° DE S.S. _____ N° DE TEL _____ DOMICILE _____ BUREAU _____

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature :

DATE :

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR : Cachet de l'Organisme (siège social)

.....

 ARRIVEE LE ___/___/___
 DEPART LE ___/___/___

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

.....

