

ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT DE FLOING

DU 7 JUILLET AU 14 AOUT 2025 POUR LES 3 - 12 ANS

OUVERTURE DE 8H30 A 16H30

ACCUEIL ECHELONNE DE 8H30 A 9H30 RETOUR 16H30

JUSQU'AU 25 JUILLET GARDERIE POSSIBLE

DE 7H30 A 8H30 ET DE 16H30 A 18H00 (0.50€/DEMI-HEURE)

RESTAURATION POSSIBLE DE 11H30 A 13H30

ACTIVITES DIVERSES

TARIFS :

FLOING	5,00 €/JOUR	9,65 €/JOUR AVEC REPAS
EXTERIEUR	8,00 €/JOUR	12,65 €/JOUR AVEC REPAS
Possibilité d'aide financière par le CCAS, CAF, chèques loisirs pour les + de 11 ans		

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

INSCRIPTIONS A LA MAISON DES OISEAUX SUR RENDEZ-VOUS

lundi 26 mai et mardi 27 mai 2025

Renseignements au 06/78/06/52/19

LES DOSSIERS INCOMPLETS OU DEPOSES EN MAIRIE SERONT REFUSES



En collaboration avec la CAF de Ardennes et dans le but d'améliorer la qualité de l'accueil des enfants. Notre structure s'intègre dans le dispositif charte qualité soutenu par la caisse d'allocations familiales.

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: 9,65 €
Pour les extérieurs/	la journée sans cantine: 8,00 € la journée avec cantine: 12,65 €

Documents nécessaires pour l'inscription :

- dossier d'inscription
- carnet de santé (copie des vaccins)
- carte d'immatriculation à la Sécurité Sociale
- carte de mutuelle complémentaire
- attestation responsabilité civile
- attestation coefficient CAF

Documents nécessaires pour l'aide CCAS uniquement pour les enfants de Floing :

- attestation coefficient CAF
- attestation aide aux temps libre CAF (si bénéficiaire)

RECOMMANDATIONS PRATIQUES

Une collation est offerte aux enfants à 16 :00

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. L'organisateur décline toutes responsabilités en cas de perte ou vol.

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 au centre de loisirs.

ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT
Vacances été 2025

Date ALSH : 07/07/25 au 11/07/25 ☐ 14/07/25 au 18/07/25 ☐ 21/07/25 au 25/07/25 ☐
28/07/24 au 01/08/24 ☐ 04/08/25 au 08/08/25 ☐ 11/08/25 au 14/08/25 ☐

Enfant moins de 6 ans ☐

Avec repas ☐ sans repas ☐ Repas sans porc ☐

Heures d'arrivée 8H30 ☐ 9H30 ☐

Garderie au tarif de 0.50€ la demi-heure jusqu'au 25 juillet 2025 le matin ☐ le soir ☐

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** ☐

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

A Floing, le **Signature**

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
DOCUMENT CONFIDENTIEL
Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :
PRENOM :
DATE DE NAISSANCE : / /
SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêt du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Orillon-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (Informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES ☐ oui ☐ non
MÉDICAMENTEUSES ☐ oui ☐ non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : ☐ oui ☐ non
Précisez :

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS.

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc.,

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE : TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE : TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les actualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'actuel de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :