

ACCUEIL DE LOISIRS DE LA MAIRIE DE FLOING

POUR LES ENFANTS SCOLARISES JUSQUE 12 ANS

Inscriptions à renouveler pour chaque période

Vacances : toussaint 2025/hiver 2026/pâques 2026

OUVERTURE à partir de 8h30 ou 9h30 jusqu'à 16h30

RESTAURATION POSSIBLE de 11h30 à 13h30

Garderie le matin dès 7h30 et le soir jusque 18h00 (0.50€ la ½ heure)

Les places sont limitées

ACTIVITES DIVERSES

TARIFS

FLOING

5.00€ / jour sans repas

9.65€ / jour avec repas

EXTERIEUR

8.00€ / jour sans repas

12.65€ / jour avec repas

Possibilité d'aide financière par le CCAS, la CAF

Inscriptions à la maison des oiseaux sur rendez-vous au 06/78/06/52/19

(Il est conseillé de prendre rendez vous la semaine d'avant les jours d'inscriptions)

Pour les vacances de la toussaint Lundi 6 et mardi 7 octobre 2025

Pour les vacances d'hiver Lundi 2 et mardi 3 février 2026

Pour les vacances de pâques Lundi 30 et mardi 31 mars 2026



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 au séjour entier. Vous pouvez régler en espèces, chèques ou chèques loisirs (les chèques seront libellés à l'ordre du Trésor Public). Les inscriptions se feront dans l'ordre d'arrivée.

Les Tarifs :

Pour les personnes de Floing	5.00€/ jours sans cantine 9.65€/ jours avec cantine
Pour les extérieurs	8.00€/ jours sans cantine 12.65€/ jours avec cantine

Inscription à la semaine obligatoire

En cas d'absence d'au moins 5 jours consécutifs, un remboursement est possible sous présentation d'un certificat médical avant la fin du séjour.

Documents nécessaires pour l'inscription :

- Chèques loisirs CAF (si la famille est bénéficiaire)
- Notification aide aux temps libre CAF (si la famille est bénéficiaire)
- Attestation quotient familial CAF
- Carnet de santé
- Carte d'immatriculation à la Sécurité Sociale
- Carte de mutuelle complémentaire
- Attestation responsabilité civile

Documents nécessaires pour l'aide CCAS:

- Attestation quotient familial 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.

Le projet éducatif et le projet pédagogique sont consultables sur l'accueil de loisirs



Accueil de Loisirs Sans Hébergement mairie de Floing VACANCES 2025-2026

Inscriptions à renouveler pour chaque période

Toussaint ☐

hiver ☐

Printemps ☐

Heure d'arrivée / entre 7h30 et 8h30 (0.50€/demi heure) ☐ 8h30 ☐ 9h30 ☐

Heure de retour / 16h30 ☐ entre 16h30 et 18h00 (0.50€/demi heure) ☐

Avec repas ☐ **Sans repas** ☐ Repas sans porc ☐

NOM et Prénom de l'enfant..... garçon ☐ fille ☐

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

Enfant de moins de 6 ans ☐

NOM et Prénom du responsable légal.....

Adresse.....

téléphone : Domicile.....

Portable..... Travail..... MAIL.....

Employeur Père..... Mère.....

N° CAF..... N° sécu.....

Assurance : Responsabilité civile individuelle compagnie..... n°..... (Joindre une attestation)

Personne à contacter en cas d'urgence

Nom/Prénom..... TEL/.....

Nom/Prénom..... TEL/.....

Personne autorisée à venir chercher l'enfant en plus du père et de la mère

.....

.....

AUTORISATION DU RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

Je soussigné(e) responsable légale 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 ☐

Je soussigné..... 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.

Date(s).....

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'arrêté 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-Orillons-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

MEDICAMENTEUSES

AUTRES (animaux, plantes, pollen) :

Précisez :

☐ oui ☐ non
☐ oui ☐ non
☐ oui ☐ non

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 PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

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'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :