

# ACCUEIL DE LOISIRS DE FLIXECOURT

DOSSIER ANNEE 2017-2018



## CONTACTS

ALSH FLIXECOURT

PLACE JEANNE D'ARC

Directrice

Améline THUILLIER

06.08.18.86.17

03.22.51.60.74

Informations disponibles  
sur le site de la mairie de  
Flixecourt



ALSH FLIXECOURT

DOCUMENTS A

FOURNIR :

- La fiche médicale (intégrée)
- Le certificat médicale (intégré)
- Avis d'imposition si non imposable
- Justificatif de domicile



## FONCTIONNEMENT

Ouverture lors de chaque période de petites vacances de 9h00 à 12h00 et de 14h00 à 17h00. Une restauration est assurée sur place le midi. Un accueil est mis en place de 8h00 le matin et jusque 18h00 le soir (tarification en sus).

Ouverture le mercredi

Horaire : 9h00-17h00..Une restauration est assurée sur place le midi. Un accueil est mis en place de 8h00 le matin et jusque 18h00 le soir (tarification en sus).

Accueil Périscolaire

Les enfants sont accueillis lors des semaines scolaires de 7h30 à 9h45 et de 16h30 à 18h00 dans les locaux de l'accueil de loisirs.

## TARIFS

### ACCUEIL PERISCOLAIRE

	Non imposable	Imposable
Matin ou Soir	1,40 €	1,50 €
Matin et Soir	1,90 €	2,00 €

### ACCUEIL MERCREDI

	FLIXECOURT REPAS 2,50€		AUTRES COMMUNES REPAS 3.50€	
	Non imposable	Imposable	Non imposable	Imposable
1 enfant	5,80 €	6,00 €	9,80 €	10,00 €
2 enfants	5,60 €	5,80 €	9,60 €	9,80 €
3 enfants	5,40 €	5,60 €	9,40 €	9,60 €

### ACCUEIL PETITES VACANCES

	FLIXECOURT REPAS 2,50€			
	5 JOURS		4 JOURS	
	Non imposable	Imposable	Non imposable	Imposable
1 enfant	34,00 €	35,00 €	27,00 €	28,00 €
2 enfants	32,00 €	33,00 €	25,50 €	26,50 €
3 enfants	30,00 €	31,00 €	24,00 €	25,00 €

	AUTRES COMMUNES REPAS 3,50€			
	5 JOURS		4 JOURS	
	Non imposable	Imposable	Non imposable	Imposable
1 enfant	69,00 €	70,00 €	55,00 €	56,00 €
2 enfants	67,00 €	68,00 €	53,50 €	54,50 €
3 enfants	65,00 €	66,00 €	52,00 €	53,00 €

# Formulaire d'inscription Obligatoire

## Année 2017-2018

### L'ENFANT

NOM : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ...../...../..... A : ..... Age : .....

Adresse complète : .....

Nom et N° d'assurance de l'enfant :

### LES PARENTS

	Le Père	La Mère
Nom-Prénom		
Né(e) le :		
Profession		
N° téléphone		
N° sécurité sociale		
Adresse Mail		

Etes vous affilié au :  Régime Général  Régime Agricole Autre (à préciser) : .....

Je bénéficie de l'aide aux vacances de la CAF :  OUI  NON, si oui N° Allocataire : .....

Je bénéficie des bons M.S.A :  OUI  NON

Etes vous imposable ? :  OUI  NON

En cas d'urgence prévenir : Nom Prénom ..... Tel : .....

J'autorise les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales...)

J'autorise l'accueil de loisirs à prendre des photographies ou des images vidéos de mon enfant, à exposer ceux-ci dans le seul but de promouvoir l'accueil de loisirs.

J'autorise mon enfant à participer aux activités, à prendre un transport lorsque cela est nécessaire.

Je soussigné(e) ....., responsable légale de l'enfant .....

Nous tuteurs légaux viendrons récupérer l'enfant

L'autorise à rentrer seul

Autorise les personnes suivantes à reprendre mon enfant :

M, Mme ....., M, Mme .....

M, Mme ....., M, Mme .....

Déclare avoir pris connaissance des conditions de fonctionnement de l'Accueil de Loisirs organisé par l'association Pep 80 et la municipalité de Flixecourt.

A ....., le ...../...../.....20.....

Signature du responsable légal de l'enfant « Lu et Approuvé »





N° 1000102

# 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 DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

- 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 Tétraoq					
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

- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui  non

ou il joint 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).....

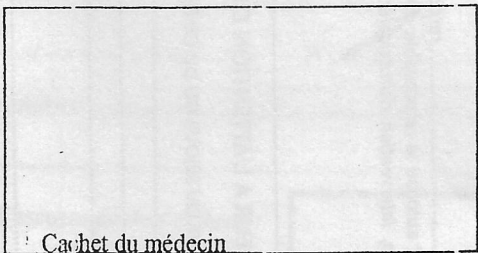
Je soussigné,.....responsable légal de l'enfant, déclare  
exactes les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant,  
toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de  
l'enfant.

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS



Carte du médecin

..... le .....

### CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, docteur: .....  
certifie que l'enfant .....

- Ne présente actuellement aucun signe cliniquement décelable d'affection contagieuse.
- Est apte à la vie en collectivité
- Est à jour de ses vaccinations
- Ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique d'activités nautiques de loisirs en piscine.
- Ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique d'activités nautiques sportives.
- Ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique d'activités VTT
- Ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique d'activités tir à l'arc
- Ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique d'activités arbo-escalade

Nombre de cases cochées:

Signature: .....