****

**ACCUEIL DE LOISIRS**

**RIBAMBELLE**

**ANNÉE SCOLAIRE 2019-2020**

**L’inscription est valable pour:**

**Les mercredis (période scolaire)**

**Les vacances d’automne**

**Les vacances de Noël**

**Les vacances d’hiver**

**Les vacances de printemps**

**Les vacances d’été**

Alribambelle : Mairie :

Tél : 05.55.27.92.88 Tél : 05.55.27.05.26

Mail : [alribambelle@ville-seilhac.com](mailto:alribambelle@ville-seilhac.com) Mail : [accueil@ville-seilhac.com](mailto:accueil@ville-seilhac.com)

  [](http://www.msa.fr/lfr/web/msa)  **DDCSPP**

L’Accueil de Loisirs Sans Hébergement (ALSH) Ribambelle permet à tous les enfants de 3 à 12 ans y compris aux enfants porteurs de handicap, de bénéficier non seulement d’un mode de garde mais également de participer à des activités éducatives et de loisirs encadrées par des animateurs diplômés.

Il est nécessaire de compléter le dossier d’inscription ci-joint, **valable de septembre 2019 à septembre 2020** accompagné des pièces suivantes à joindre obligatoirement.

* Fiche sanitaire de liaison
* Photocopies des pages vaccins du carnet de santé (pour toute nouvelle inscription)
* Autorisation de sortie
* Photocopie du livret de famille complet
* Avis d’imposition ou de non-imposition 2019 complet (sur les revenus de l’année 2018) => un seul par famille

En cas de concubinage, joindre les 2 avis d’imposition

* Pass ALSH pour les personnes concernées

**En cas d’absence de ces documents, le tarif maximum sera systématiquement appliqué et il n’y aura pas de régularisation.**

**IMPORTANT :** Il est rappelé que l’Accueil de Loisirs fonctionne en grande partie grâce à la participation financière des familles, que les tarifs pratiqués sont accessibles et adaptés aux revenus des ménages et que les activités offertes sont d’une réelle qualité.

C’est pourquoi il est demandé à chacun de respecter scrupuleusement les délais de paiement dans l’intérêt des enfants et du bon fonctionnement de cette structure.

**RÈGLEMENT**

* **Prévenir impérativement ou par écrit (ALSH ou mairie) de la présence des enfants le mercredi**
* **Le mercredi pendant la période scolaire, les enfants pourront être récupérés après le repas entre 13H30 et 14H00. Passée cette heure, les enfants présents devront obligatoirement participer aux activités programmées par l’accueil de loisirs sans hébergement jusqu’à au moins 17H00.**
* Lorsqu’une sortie d’une journée est prévue à l’extérieur, les parents sont informés à l’avance en particulier pour les enfants qui ne fréquentent le centre qu’à la demi-journée. Pour participation aux sorties exceptionnelles (hors département ou entrée coûteuse), un supplément de 3€ sera facturé par enfant inscrit à l’ALSH.
* **Toute absence de l’enfant inscrit préalablement à l’ALSH doit être signalée par écrit 48H00 avant. Passé ce délai, une somme forfaitaire de 5.00 euros par jour ou de 2.50 par demi-journée d’absence sera facturée par la mairie à l’encontre du responsable légal pour pallier les frais engagés. En cas de force majeure et sur présentation d’un justificatif, cette somme ne sera pas recouvrée.**
* Pendant le temps de garderie (7H-9H et 17H-19H) les enfants sont sous la surveillance du personnel, cependant aucune activité n’est organisée.

**Tarifs à la journée:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Quotient familial*** | ***Journée ALSH par enfant avec repas*** | ***½ journée ALSH par enfant (avec ou sans repas y compris le mercredi en semaine scolaire)*** |
| De 0 à 500 euros | 8.50 euros | 4.50 euros |
| De 501 à 900 euros | 10.50 euros | 5.50 euros |
| De 901 à 1300 euros | 12.50 euros | 6.50 euros |
| De 1301 à 1500 euros | 14.50 euros | 7.50 euros |
| Au-dessus de 1501 euros | 15.50 euros | 8.50 euros |

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

1-ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Garçon Fille

2-MEDECIN TRAITANT

Nom :

Adresse :

Numéro de téléphone :

3-VACCINATIONS

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vaccins  obligatoires | oui | non | Date 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

4-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L’ENFANT

L’enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| RUBÉOLE  OUI NON | VARICELLE  OUI NON | ANGINE  OUI NON | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ  OUI NON | SCARLATINE  OUI NON |
| COQUELUCHE  OUI NON | OTITE  OUI NON | ROUGEOLE  OUI NON | OREILLONS  OUI NON |  |

Allergies : Asthme OUI NON

Alimentaires OUI NON

Médicamenteuses OUI NON

Autres :……………………………………………

Traitement en cours : OUI NON

Si oui lequel :

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

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T’IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC…) PRÉCISEZ.

**Information importante :** En cas d’urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d’urgence vers l’hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Unélève mineur ne peut sortir de l’hôpital qu’accompagné de sa famille.

RESPONSABLE(S) DE L’ENFANT :

Nom Prénom

Adresse

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Téléphone bureau :

Je soussigné(e), …………………………………………… responsable légal de l’enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autoriser le responsable de l’ALSH à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l’état de l’enfant.

Date :

**Signature du/des responsable(s) légal(aux) :**

**AUTORISATIONS**

Je soussigné(e),

M, Mme………………………………………………………………………………………………………………………………..  (père, mère, tuteur, autres=> rayer la mention inutile)

Autorise mon enfant …………………………………………………………………………………………………………….

À participer à toutes les sorties prévues (Lac, Poneys, Camping, Cinéma, etc., …) et à utiliser les moyens de transports nécessaires.

J’autorise l’équipe d’animation à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d’urgence.

Signature du/des responsable(s) légal(aux) :

**ATTESTATION D’ADHÉSION AU RÈGLEMENT INTÉRIEUR**

**DE L’ACCUEIL DE LOISIRS**

**Je soussigné(e) Madame, Monsieur, ……………………………………………………………………………**

**Parent(s) de l’enfant …………………………………………………………………………………………………..**

**Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de l’Accueil de Loisirs Sans Hébergement RIBAMBELLE de SEILHAC et m’engage à le respecter.**

**En cas de situation non prévue dans ce règlement, le problème sera soumis aux élus présents lors d’une réunion qui seront souverains dans leur décision.**

**Fait à , le ………/………./……….**

**Signature(s) précédée(s) de la mention « lu et approuvé »**