****

**ACCUEIL DE LOISIRS**

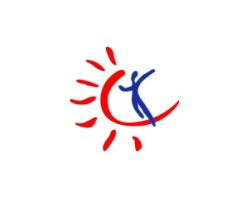
**RIBAMBELLE**

**ANNÉE SCOLAIRE 2014-2015**

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**

**INSCRIPTIONS ALSH**

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 2014 à septembre 2015** accompagné des pièces suivantes à joindre obligatoirement.

* Fiche de renseignements
* Fiche sanitaire de liaison **ET** photocopies des pages vaccins du carnet de santé
* Autorisation de sortie et personnes autorisées à reprendre l’enfant
* Attestation d’Assurance Responsabilité Civile
* Avis d’imposition ou de non-imposition 2014 (sur les revenus de l’année 2013)

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.

**ACCUEIL DE LOISIRS**

**Fonctionnement petites et grandes vacances**

**Temps d’ouverture de 7h à 19h**

**Horaires :**

* 9h00 – 12h00 (activités)
* 12h00-14h00 : repas
* 14h00 – 17h00 (activités) pour les grands/sieste pour les petits à partir de 13h jusqu’à 16h maximum

Les parents doivent impérativement avoir récupéré leur(s) enfant(s) avant 19h00. Après 19h00, **tout retard entrainera une facturation supplémentaire** (sauf cas de force majeure et sur présentation d’un justificatif).

**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.**

**Tarifs : A LA JOURNEE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***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 € | 8.50 € | 4.50 € |
| De 501 à 900 € | 10.50 € | 5.50 € |
| De 901 à 1301 € | 12.50 € | 6.50 € |
| De 1301 € à 1500 € | 14.50 € | 7.50 € |
| Au dessus de 1501 € | 15.50 € | 8.50 € |

**EN SEJOUR**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Quotient familial*** | ***Séjour accueil de nuit par jour par enfant sans PASS ALSH*** | ***Séjour accueil de nuit par jour par enfant avec PASS ALSH*** |
| De 0 à 500 € | 10€ | 20 € |
| De 501 à 1100 € | 12€ | 24 € |
| De 1101 à 1500 € | 15€ | 28 € |
| Plus de 1501 € | 18€ | 32 € |

**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.

**FICHE D’INSCRIPTION**

**Nom et Prénom de l’enfant :**

**Né(e) le** : **à :**

**Adresse** :

**Classe fréquentée :**

**RESPONSABLE LÉGAL DE L’ENFANT CONJOINT**

**Nom-Prénom : Nom-Prénom :**

**Adresse : Adresse :**

**Téléphone : Téléphone :**

**- domicile => - domicile =>**

**- portable => - portable =>**

**- travail => - travail =>**

**Adresse mail => Adresse mail =>**

**Situation familiale :**

**Nombre d’enfant(s) :**

**N° sécurité sociale :**

**N° CAF :**

**EMPLOYEURS**

**Profession du responsable de l’enfant : Profession du conjoint :**

**Nom et adresse de l’employeur : Nom et adresse de l’employeur :**

**Téléphone de l’employeur : Téléphone de l’employeur :**

**En cas d’absence des parents, personnes à joindre en cas d’urgence :**

**Nom et Prénom :**

**Adresse *:***

**Téléphone :**

**Nom et Prénom :**

**Adresse *:***

**Téléphone :**

**OBSERVATIONS** :

Personnes autorisées à reprendre l’enfant en cas d’empêchement des parents :

M. et/ou Mme :

Demeurant à :

M. et/ou Mme :

Demeurant à :

M. et/ou Mme :

Demeurant à :

M. et/ou Mme :

Demeurant à :

Fait à SEILHAC, le :

Signature obligatoire

**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.

- J’autorise l’équipe d’animation à prendre des photos de mon (mes) enfant(s) :

oui non

- J’autorise l’équipe d’animation à publier les photos de mon (mes) enfant(s) :

* Internet (site internet de la Mairie) oui non
* Affichage oui non
* Diffusion aux enfants oui non
* Journaux oui non

Fait à SEILHAC, le

Signature obligatoire

**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.

RESPONSABLE 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.

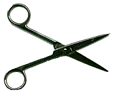
Date :

Signature obligatoire :

**RÈGLEMENT INTÉRIEUR**

* La fréquentation de l’ALSH nécessite une inscription préalable.
* Une fiche sanitaire doit être obligatoirement jointe lors de l’inscription.
* Les enfants ne seront remis qu’à leurs parents ou aux personnes figurant sur l’autorisation fournie lors de l’inscription.
* Pendant les temps de garderie, les enfants sont sous la surveillance du personnel, cependant aucune activité n’est organisée.
* 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 48h00 avant. Passé ce délai, une somme forfaitaire de 5.00 € 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.**
* Aucun argent de poche ou objet de valeur ne doit être apporté au centre qui décline toute responsabilité.
* Le Personnel n’étant pas habilité à administrer des médicaments, tout traitement médical devra être effectué avant l’arrivée ou après le départ de l’enfant.

(PARTIE A CONSERVER)

----------------------------------------------------------------------------------------------------------

**ATTESTATION D’ADHÉSION AU RÈGLEMENT INTÉRIEUR**

**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 SEILHAC, le**

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