



ALSH VILLE DE THIANT

DOSSIER POUR L'ANNÉE SCOLAIRE 2023/2024

(VACANCES D'AUTOMNE / D'HIVER / DE PRINTEMPS ET D'ÉTÉ)

Afin de faciliter l'inscription de votre enfant et d'éviter de vous demander un nouveau dossier à chaque période de vacances scolaires, nous mettons en place un dossier à l'année. Ainsi nous demanderons une seule fois les documents nécessaires à l'inscription de votre enfant. Nous vous saurions gré de bien vouloir nous indiquer tout changement de situation pour votre enfant dans les plus brefs délais.

ATTENTION, L'INSCRIPTION DE VOTRE ENFANT NE SERA EFFECTIVE UNIQUEMENT LORSQUE

SON DOSSIER SERA COMPLET.

Listes des pièces à fournir :

- Fiche sanitaire,
- Photocopie de fiches des vaccins,
- Photocopie de la carte d'identité,
- Attestation de sécurité sociale,
- Attestation d'assurance de responsabilité civile ou scolaire couvrant la période des vacances scolaires,
- Copie de l'avis d'imposition 2023,
- Copie du PAI (projet d'accueil individualisé) pour maladie particulière ou allergies,
- Bulletin d'inscription correspondant à la période de vacances (à renouveler 4 fois).

Les inscriptions se feront quant à elle avant chacune des périodes aux dates suivantes :

Pour les vacances d'automne : du lundi 11/09/2023 au dimanche 17/09/2023.

Pour les vacances d'hiver : du lundi 15/01/2024 au dimanche 21/01/2024.

Pour les vacances de printemps : du lundi 11/03/2024 au dimanche 17/03/2024.

Pour les vacances d'été : du mercredi 10/04/2024 au vendredi 26/04/2024.

ATTENTION : LE DOSSIER QUE VOUS NOUS FOURNISSEZ POUR L'ANNÉE NE VOUS DISPENSE PAS D'INSCRIRE VOTRE ENFANT AUX DATES INDIQUÉES CI-DESSUS.

Les dossiers d'inscriptions seront disponibles en mairie ou sur le site thiant.fr : rubrique « Jeunesse » puis « A.L.S.H », au début de chaque période d'inscriptions.



.....

Je soussigné, Mme – Mr, représentant légal de l'enfant, m'engage à informer l'organisateur (Mairie de Thiant) de toute modification sur la situation de mon enfant en cours d'année.

Fait à Thiant le ... / ... / 202

Signature :



Je soussigné(e), responsable légal,

(mettre une croix dans la case oui ou non)

<input type="checkbox"/> Autorise			OUI	NON
À photographier ou filmer l'adolescent (les photos ou vidéos seront utilisées à des fins pédagogiques, pour les outils de communication des services municipaux et sur le blog photo)				
L'adolescent à partir de 15 ans à repartir seul à son domicile le soir à 17h				
L'adolescent à prendre le bus de ligne				
L'adolescent à prendre son vélo personnel pour tous déplacements				
L'adolescent à participer à l'activité piscine				
L'adolescent à partir avec des personnes autres que ses parents ou autre responsable légal				
☞ Indiquez ci-dessous les personnes autorisées à prendre votre enfant à la sortie de l'accueil :				
Noms prénoms :	En qualité de :	N° téléphone :		
L'adolescent à participer à toutes les activités sans contrainte médicale (activités sportives, de nature, de loisirs)				
<input type="checkbox"/> donne à l'organisateur son accord			OUI	NON
par le biais du directeur ou à défaut un membre de l'équipe encadrante de l'accueil à administrer à son adolescent les médicaments prescrits par le médecin et sur présentation d'une ordonnance				
pour prendre toutes les mesures d'urgence nécessaires à la santé de l'adolescent				
pour que l'adolescent soit transporté en voiture particulière pour une consultation au cabinet médical de Thiand si nécessaire				
URGENCE - pour qu'une autre personne soit contactée en cas d'urgence si vous, le responsable légal, n'êtes pas joignable et en indiquer le nom, prénom et les coordonnées téléphoniques				
Nom prénom :	En qualité de :	N° téléphone :		
<input type="checkbox"/> Transmet à l'organisateur				
En cas de divorce ou séparation (couples non mariés ou pacsés) la copie de l'acte de jugement qui précise les modalités de garde de l'adolescent				
La copie du PAI (projet d'accueil individualisé) pour maladie particulière				
Autres renseignements à communiquer à l'organisateur :				

☞ Atteste tous les renseignements portés sur ce dossier d'inscription et avoir transmis à l'organisateur tous les documents demandés.

Signature :

DOSSIER INSCRIPTION ALSH THIANT

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Quotient familial : _____ N° allocataire CAF : _____

GARÇON FILLE Taille : _____ Poids : _____

Renseignements relatifs aux responsables légaux :

Responsables légaux :	1- Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/>	2- Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/>
Nom(s) et prénom(s) à remplir	1-	2-
Adresse complète :		
N° tél. domicile :		
N° tél. portable :		
N° tél. professionnel :		
Quotient familial :	Numéro d'allocataire CAF :	Numéro d'allocataire CAF :

L'enfant est en famille d'accueil : oui non

Nom et prénom de l'assistant(e) familial(e):	
Adresse complète :	
N° tél.domicile :	
N° tél portable :	

MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
Code de l'Action Sociale et des Familles
FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'ADOLESCENT,

NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : GARÇON FILLE

Taille : Poids :

Nom, adresse et téléphone du médecin de famille :

.....
.....

URGENCE, qui prévenir (1 personne - 1 numéro de téléphone) :

Nom et prénom : Téléphone :

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES*	VACCINS RECOMMANDÉS	COPIES FICHES VACCINS OBLIGATOIRES DU CARNET DE SANTÉ
- Diphtérie - Tétanos - Poliomyélite (DTP)	Les vaccinations recommandées concernent : <ul style="list-style-type: none">▪ les maladies telles que la tuberculose, la coqueluche, la rubéole, la rougeole et les oreillons, la varicelle, la grippe, l'hépatite B, le zona ;▪ les infections invasives à <i>hæmophilus influenza</i> de type B, à pneumocoque, à méningocoque C ;▪ les infections à papillomavirus humains.	Transmises à la direction de l'accueil OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

* Les personnes titulaires de l'autorité parentale doivent veiller au respect de cette obligation

SI L'ADOLESCENT 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'ADOLESCENT

L'adolescent suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'accueil de loisirs ? 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'adolescent avec la notice). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'ADOLESCENT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ASTHME oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

ALLERGIES :

ALIMENTAIRES : oui non MÉDICAMENTEUSES : oui non AUTRES : oui non

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR :

P.A.I. (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....
.....
INDIQUEZ CI-APRÈS : LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)

VOTRE ADOLESCENT PORTE-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non **au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant**

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non **au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant**

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non **au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant**

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

Autorisation de transport en véhicule de service : oui non

Je soussigné(e),..... responsable légal de l'adolescent, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le directeur et/ou l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'adolescent, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence, seuls habilités à définir l'hôpital de secteur et ce du 1^{er} juillet 2024 au 31 juillet 2024.

À Thiant, le

Signature du responsable légal :

Bulletin d'inscription

Coordonnées de la famille (Nom + adresse + téléphone + adresse e-mail)

.....
.....
.....
.....

J'inscris mon enfant : (obligation de renseigner la classe)

Nom : Prénom :

Date de naissance : / / 20.....

Quotient familial : Numéro d'allocataire CAF :

Collège

Lycée

Classe :

Mon enfant participera à l'accueil :

du lundi 8 juillet au vendredi 12 juillet 2024
(camping obligatoire, retour le vendredi 12 juillet)

du lundi 15 juillet au vendredi 19 juillet 2024

du lundi 22 juillet au vendredi 26 juillet 2024

ou du lundi 8 juillet au vendredi 26 juillet 2024

Grille des tarifs de l'accueil de loisirs d'été :

	5 jours	10 jours	15 jours
T1	20€ <input type="checkbox"/>	40€ <input type="checkbox"/>	60€ <input type="checkbox"/>
T2	30€ <input type="checkbox"/>	60€ <input type="checkbox"/>	90€ <input type="checkbox"/>
T3	40€ <input type="checkbox"/>	80€ <input type="checkbox"/>	120€ <input type="checkbox"/>
T4	50€ <input type="checkbox"/>	100€ <input type="checkbox"/>	150€ <input type="checkbox"/>
NT*	100€ <input type="checkbox"/>	200€ <input type="checkbox"/>	300€ <input type="checkbox"/>

Je soussigné m'engage dès réception de la facture du centre ALSH d'été à régler celle-ci au trésor public et notamment avant le premier jour de l'accueil au plus tard. Dans le cas contraire je ne pourrai mettre mon enfant au centre.

Signature :

ATTESTATION PARENTALE

Je soussigné(e)

NOM... .. Prénom... ..

Adresse... ..

N° Tél... ..N° Tél en cas d'urgence... ..

Représentant légal de

Autorise l'enfant précité à participer au stage de voile à la base nautique de Valenciennes

- atteste que l'enfant est apte à pratiquer les sports nautiques
- atteste avoir été informé des capacités requises pour la pratique de la voile
- autorise en cas d'urgence, la conduite de l'enfant dans un établissement hospitalier où toute intervention chirurgicale pourra être pratiquée en cas d'urgence.

- atteste que :

- Pour les enfants de moins de 16 ans, l'enfant est apte à s'immerger et à nager 25 mètres sans reprendre pied.*

- Pour les enfants de 16 ans et plus, l'enfant est apte à plonger et à nager 50 mètres sans reprendre pied.*

*rayer la mention inutile

Fait à..... le.....

Signature du représentant légal
