

**FICHE D'INSCRIPTION ETABLISSEMENT  
ACCUEIL LOISIRS FIGANIERES**

ENFANT :

.....
-------

Nom du père : \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Nom de la mère : \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Responsable légal : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Port. : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Personne à prévenir en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

**Documents à remettre :**

- Fiche d'inscription complétée et signée.
- Fiche sanitaire complétée.
- Photocopie du carnet de vaccination.
- Déclaration de ressources (**avec tous les justificatifs**).
- Avis d'imposition 2017 (sur revenus 2016)
- Fiche complémentaire complétée et signée.
- Fiche personnes autorisées
- **Acompte de 5 €** par jour réservé et par enfant

Votre enfant sera inscrit définitivement à réception du dossier complet et du **règlement du séjour**.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature

**INSCRIPTION EAL FIGANIERES**  
**FICHE COMPLEMENTAIRE**  
(à remettre avec le dossier d'inscription)

**ACCEPTATION DU REGLEMENT INTERIEUR DE L'EAL DE FIGANIERES**

Je soussigné Mr Mme..... agissant qualité de responsable de ou des l'enfant(s) ..... déclare avoir pris connaissance de l'intégralité du règlement de l'établissement d'accueil et de loisirs de Figanières et en accepte de ce fait les clauses.

Fait le ..... à ..... Signature

**AUTORISATION DE SORTIES**

Je soussigné Mr Mme..... agissant qualité de responsable de ou des l'enfant(s) ..... accepte qu'il(s) participe(nt) à toutes les sorties prévues par le planning d'activités du centre aéré de Figanières. Condition sans laquelle la présence de l'enfant durant les jours concernés ne pourra pas être possible.

Fait le..... à.....Signature

**DROIT A L'IMAGE**

Je soussigné Mr Mme..... agissant qualité de responsable de ou des l'enfant(s) ..... accepte / n'accepte pas \*qu'il(s) soit(ent) pris en photo au sein de l'EAL de Figanières. Ces photos ne feront l'objet d'aucune utilisation commerciale ou cybernétique. Leur diffusion se restreindra au quotidien local ou aux travaux pédagogiques des enfants de l'EAL de Figanières.

\* entourer le bon choix

Fait le..... à.....Signature

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I. ENFANT NOM : ..... PRENOM : .....  
 SEXE  GARÇON  FILLE DATE DE NAISSANCE : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

II. VACCINATIONS *(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)*

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES		DATES
	DATES		
Du DT polio	___/___/___		___/___/___
Du DT coq	___/___/___		___/___/___
Du Tétracoq	___/___/___		___/___/___
D'une prise polio	___/___/___		___/___/___
RAPPELS	___/___/___		___/___/___
ANTITUBERCULEUSE (BCG)			
DATES		ANTIVARIOLIQUE	AUTRES VACCINS
___/___/___	___/___/___	DATES	VACCINS
1 <sup>er</sup> VACCIN		VACCIN	DATES
REVACCINATION		1 <sup>er</sup> RAPPEL	___/___/___

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ? .....

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
.....	.....	___/___/___
.....	.....	___/___/___

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
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"/> oui <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
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"/> oui <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

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

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

.....  
 .....

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-T-IL UN TRAITEMENT ?  non  oui   
 SI OUI, LEQUEL ? .....  
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?  non  occasionnellement  oui   
 S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ?  non  oui

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT  
 NOM : ..... PRENOMS : .....  
 ADRESSE (pendant la période du séjour) : .....

N° DE S.S. : \_\_\_\_\_ N° DE TEL : \_\_\_\_\_ DOMICILE : \_\_\_\_\_ BUREAU : \_\_\_\_\_

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : .....  
 Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : ..... Signature : .....

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR  
 LIEU DU SEJOUR : ..... Cachet de l'Organisme (siège social)  
 .....  
 .....  
 .....

ARRIVEE LE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 DEPART LE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)  
 PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

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

**PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER  
VOTRE/ VOS ENFANT(S) A L'EAL DE FIGANIERES**

ENFANT(S) : .....  
(nom/prenom) .....  
.....

Toute personne venant récupérer votre/vos enfant(s) à l'EAL, devra se présenter à un responsable munis d'une pièce d'identité en cours de validité (carte d'identité, passeport, permis de conduire..) et le cas échéant signer la décharge de responsabilité.

NOM : .....  
PRENOM : .....  
NUMERO DE TELEPHONE : .....  
RELATION AVEC L'ENFANT : .....

NOM : .....  
PRENOM : .....  
NUMERO DE TELEPHONE : .....  
RELATION AVEC L'ENFANT : .....

NOM : .....  
PRENOM : .....  
NUMERO DE TELEPHONE : .....  
RELATION AVEC L'ENFANT : .....

NOM : .....  
PRENOM : .....  
NUMERO DE TELEPHONE : .....  
RELATION AVEC L'ENFANT : .....

NOM : .....  
PRENOM : .....  
NUMERO DE TELEPHONE : .....  
RELATION AVEC L'ENFANT : .....

**REGLEMENT DE L'ETABLISSEMENT  
D'ACCUEIL ET DE LOISIRS DE FIGANIERES  
(EAL)**

**2017/2018**

- 1- L'EAL accueille les enfants de 3 à 11 ans issus des communes signataires de la convention de partenariat et les autres enfants (sous réserve de dérogation du président du CCAS), durant les périodes de vacances scolaires et les mercredis hors vacances. Le centre ferme pendant les vacances de Noël.  
Les enfants sont accueillis du lundi au vendredi de 7h30 à 9h et sont libérés à partir de 16h30 jusqu'à 18h dernier délai avec présence obligatoire d'un parent ou personne autorisée.
- 2- Les parents devant exceptionnellement amener ou venir chercher leur(s) enfant(s) en dehors des heures prévues à cet effet devront s'adresser à la directrice afin de savoir si cela est possible et fournir une décharge.  
Nous ne laisserons partir votre enfant qu'avec une personne dont le nom aura été communiqué à la directrice et qui présentera une pièce d'identité le jour même.
- 3- Le prix de journée est calculé en fonction des revenus de la famille et de sa composition. Pour les enfants issus de communes hors convention, un supplément de 6€ par jour et par enfant sera facturé.  
**En cas de refus de fournir les justificatifs nécessaires à ce calcul, le tarif maximum de 22€ par journée (hors repas) sera appliqué. La somme de 5€ par jour réservé (prix du repas+goûter) est versée lors de l'inscription en mairie. Seules les modifications faites au minimum 2 semaines avant la date concernée seront prises en considération et donneront lieu à remboursement. Pour toute absence pour maladie, un certificat médical devra être présenté sous 48h en mairie ou à la directrice du centre, faute de quoi aucun remboursement de journée ne sera effectué (une carence de 2j reste due pour les repas à dater du jour de signalement de l'absence).**
- 4- Chaque séjour devra être réglé impérativement une semaine avant son début. Les inscriptions se font durant 2 semaines pour chaque période et jusqu'à un effectif limite désigné par la réglementation ministérielle. Au-delà de ce délais ou de l'effectif les inscriptions ne sont plus garanties, une liste d'attente sera mise en place. Aucune inscription ne sera possible si un impayé est noté sur des séjours antérieurs.
- 5- Les paiements se font par **chèques** libellés à l'ordre de la « **régie du centre aéré** », par **espèces** avec l'appoint ou par **CESU**.

- 6- Les parents peuvent s'arrêter sur le parking « dépose rapide » devant le bâtiment, et **doivent accompagner leur(s) enfant(s) jusqu' à l'accueil de l'EAL afin de se présenter à un animateur.**
- 7- Le repas du midi et le goûter sont fournis par l'EAL, ainsi que les pique-niques. Hormis cas de nécessité physiologique, la direction de l'EAL a décidé de ne pas mettre en place de collation du matin pour favoriser l'appétit des enfants lors du repas du midi. Lors d'un cas d'allergie alimentaire, un plan d'accueil individualisé devra être mis en place avec certificat médical et protocole pour amener les repas personnels de l'enfant concerné.
- 8- Pour les périodes de vacances scolaires, un programme hebdomadaire d'activités est affiché à l'entrée de l'établissement ou disponible sur internet sur le site de la commune [www.figanieres.com](http://www.figanieres.com) rubrique « vivre à Figanières », « EAL ». Nous demandons aux parents de bien vouloir s'y référer afin d'équiper au mieux leur(s) enfant(s) pour la journée.
- 9- Durant le séjour de votre enfant, il vous est demandé de fournir du matériel listé dans un document donné à l'inscription. S'y référer.
- 10- La municipalité se réserve le droit de fermer l'EAL pour des cas caractérisés de pandémie ou autres cas à risques mettant en jeu la santé et la sécurité des enfants, et de refuser un enfant qui présenterait des risques de contagion (maladie/parasites non traités).

Il est conseillé de ne pas donner à l'enfant d'argent de poche, d'objets de valeur, ou autres objets personnels. L'EAL décline toute responsabilité quant à la perte, la détérioration, le vol ou tout autre dommage causé aux vêtements et effet personnels.

Les responsables de l'EAL ont pour objectif d'assurer aux enfants qui leurs sont confiés les meilleures conditions possibles de séjour : des animations, des distractions, mais aussi la sécurité et la qualité de vie.

Cela requiert l'efficacité et la disponibilité des animateurs, une organisation stricte au sein de l'EAL, mais également un comportement correct des enfants et le RESPECT DES REGLES DE LA VIE EN COLLECTIVITE. Une exclusion temporaire ou définitive pourra être appliquée dans le cas d'un non-respect de celles-ci. La décision se prendra lors d'une réunion entre Mr le Maire, les parents de l'enfant concerné, et les responsables de l'EAL.

(Signature à reporter sur la fiche complémentaire)

**DECLARATION DE RESSOURCES**

NOM DU REPRESENTANT LEGAL :-----

Le montant des ressources mensuelles perçues le cas échéant au titre de chaque rubrique

NATURE	PERE	MERE	TOTAL	PIECES A REPRODUIRE
<b>Catégorie : salariés</b>				
Salaires				Bulletins salaires des trois derniers mois
Indemnités journalières - de maladie - de maternité - d'accident de travail				Décompte Sécurité Sociale
Pension de retraite Ou d'invalidité				Avis de versement Dito
Autre rente				
Pensions alimentaire Perçues / enfants à charge				Avis de versement ou jugement
Indemnité chômage				Décompte d'Assedic
Allocation pré-retraite				Décompte
Allocation familiales				Décompte CAF
Allocation jeunes enfants				Dito
Allocation parentale d'éducation				Dito
Allocation soutien familial				Dito
Complément famille nombreuse				Dito
Allocation adultes handicapés				Dito
Allocation parent isolé				Dito
Prime d'activité				Décompte CAF ou notification
<b>Catégorie : professions libérales et travailleurs indépendants.</b> Déclaration revenus année 2016				Avis d'imposition 2017
<b>TOTAUX RESSOURCES</b>				Signature

Barème applicable : voir circulaire CNAF n° 235-94 du 22 juillet en fonction de l'âge, du nombre d'enfant (s) à charge et inscrit (s) au E.A.L.

**A COMPLETER PAR LA FAMILLE**

- Etes-vous allocataire aux prestations familiales ?

**SI OUI** n° d'allocataire CAF du Var : ..... (Obligatoire)  
 N° d'allocataire autre caisse : ..... Caisse à préciser : .....

Nombre d'enfant (s) à charge dans la famille : .....  
 Nombre d'enfant (s) handicapés : .....  
 Enfant (s) inscrit (s) à E.A.L. : .....  
 Période du : .....au : .....

NOM	PRENOM	Date de Naissance	CADRE RESERVE A LA MAIRIE		
			Age	Taux journalier	

**Partie réservée Mairie** **Taux familial T.F.**

Montant de la participation à la charge de la famille par jour :

- effort journalier	RF	x	TF	=	€
		x		=	€
	Taux		nombre d'enfant (s)		
- à ajouter repas	5.00 €	x		=	€
			Nombre d'enfant (s)		

- TOTAL par jour € Minimum : 5.00 €  
Maximum : 22 €

- A PAYER : 1 semaine (5 jours)