

MAIRIE
DE
FIGANIÈRES

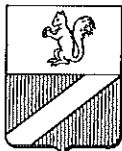
B.P. 33

Code Postal : 83830

Téléphone 04 94 50 93 60

Télécopie 04 94 50 93 64

figanieres@wanadoo.fr

<http://www.figanieres.com>

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

2018/2019

- 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 16h00 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 et ce dans la limite de 3 par année scolaire. 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 (hors périscolaire)**.
- 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 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.

L'EAL, le CCAS et son président vous sensibilisent à l'intérêt de souscrire un contrat d'assurance pour les enfants participants aux séjours, couvrant les dommages corporels auxquels peuvent les exposer les activités auxquels ils participent.

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.

Lu et approuvé (mention manuscrite)

Nom et prénom

Signature

Fiche individuelle

Prénom :

Nom :

Sexe :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Ecole ou accueil de loisirs :

Classe ou groupe d'âges

Informations médicales

Nom du médecin :

Téléphone du médecin :

Protocole d'accueil individualisé :

Assurance

Compagnie d'assurance :

Numéro de police :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Prénom

Nom

Lien de parenté

Téléphone

Mobile

Informations complémentaires

Autorise à partir seul

oui non

Autorise l'hospitalisation en cas d'urgence

oui non

Autorise la prise de photo

oui non

Autorise la participation aux sorties scolaires

oui non

Port de lunettes

oui non

Port d'un appareil dentaire

oui non

Port d'un appareil auditif

oui non

Pratiques alimentaires

Type de régime

Commentaires

Données complémentaires

Date et signature

Fiche de la famille

Responsable

Civilité :

Prénom :

Nom :

Situation

Qualité* :

Situation familiale** :

* Père / Mère / Belle-mère / Beau-père /

* Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Célibataire / Union libre / Pacsé

Adresse

Adresse :

Code postal :

Ville :

Coordonnées

Téléphone domicile :

Téléphone professionnel :

Courriel :

Téléphone mobile :

Profession

Profession :

Catégories socio-professionnelles : *

Employeur :

Adresse :

* Agriculteurs exploitants / Artisans, commerçants et chefs d'entreprise / Autres personnes sans activité professionnelle /
Cadres et professions intellectuelles supérieures / Employés / Ouvriers / Professions intermédiaires / Retraités

Organismes Tiers

N° CAF :

N° MSA :

Régime* :

* Régime agricole / Régime général / Hors régime général

Autorisations

Information par mail* :

Information par SMS* :

* Oui / Non

Conjoint

Civilité :

Prénom :

Nom :

Situation

Qualité* :

Situation familiale** :

* Père / Mère / Belle-mère / Beau-père /

* Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Célibataire / Union libre / Pacsé

Adresse

Adresse :

Code postal :

Ville :

Coordonnées

Téléphone domicile :

Téléphone professionnel :

Courriel :

Téléphone mobile :

Profession

Profession :

Catégories socio-professionnelles : *

Employeur :

Adresse :

* Agriculteurs exploitants / Artisans, commerçants et chefs d'entreprise / Autres personnes sans activité professionnelle / Cadres et professions intellectuelles supérieures / Employés / Ouvriers / Professions intermédiaires / Retraités

Autorisations

Information par mail * :

Information par SMS * :

* Oui / Non

Données complémentaires

Date et signature

CERFA N° 85-0233

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE A ETE CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES 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		ANTIVIRIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES	DATES	DATES	VACCINS	DATES	DATES
Du DT polio	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Du DT coq	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Du Tétracoq	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
D'une prise polio RAPPELS	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
ANTITUBERCULEUSE (BCG)	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
1 ^{er} VACCIN	___/___/___	___/___/___	VACCIN	___/___/___	___/___/___	___/___/___
REVACCINATION	___/___/___	___/___/___	1 ^{er} RAPPEL	___/___/___	___/___/___	___/___/___

SIL'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 SUIT-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)

.....

.....

.....

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
Catégorie : salariés				
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
Catégorie : professions libérales et travailleurs indépendants. Déclaration revenus année 2017				Avis d'imposition 2017
TOTAUX RESSOURCES				Signature

LISTE MATERIEL IMPERATIF

EAL FIGANIERES

- Une casquette
- Un sac à dos confortable adapté à la taille de votre enfant
- Une petite bouteille d'eau ou une gourde par enfant
- Des chaussures fermées type « basket » (les nu-pieds et ballerines sont déconseillées par sécurité pour votre enfant)
- Un change complet pour l'enfant (**tous âges**) à laisser dans son casier le 1^{er} jour et à renouveler si nécessaire au cours du séjour.
- Pour les enfants de 6 à 11 ans, préparer un vélo type VTC/VTT et une trottinette ainsi qu'un casque et accessoirement des gants (protection supplémentaire), l'activité pouvant être programmée à chaque période de vacances.
- Une paire de chaussons pour les jours de pluie

Pour l'été :

- Un maillot de bain (pas de short de bain, interdit dans la plupart des piscines)
- Un drap de bain
- Crème solaire (commune à la fratrie)
- Claquettes pour les temps de baignade
- Brassards ou ceinture pour les non nageurs

Nous demandons, pour éviter la perte, la confusion du matériel, de bien vouloir marquer chaque élément cité dans cette liste au nom de votre enfant.