



L'ARBRE DES ENFANTS

accueil de loisir

DOSSIER INSCRIPTION AUX VACANCES DE FEVRIER 2015

date limite de dépôt: 13 février 2015

L'arbre des enfants
26 rue des lavandes
13520 maussane les alpilles

siret : 79109914600015



INSCRIPTION VACANCES DE FEVRIER

SEMAINE DU 23 AU 27 FEVRIER

SEMAINE DU 2 AU 6 MARS

MONTANT DU STAGE ; EUROS libellé à l'ordre de l'arbre des enfants

Régler le : par chèque n°

Le planning est susceptible d'être modifié par les oraganisateurs pour raison pédagogique et/ou météorologiques.

Pour un bon déroulement des stages, nous vous rappelons que cette inscription est définitive, et donc non remboursable.

DOCUMENTS A FOURNIR

- * fiche sanitaire (photocopie du carnet de vaccination)
- * fiche d'inscription(3 pages)
- *fiche sieste pour les enfants de moins de 6 ans

FOURNIR LES REPAS POUR LA SEMAINE

GRILLE DES TARIFS

| TARIF PAR SEMAINE | REVENU FISCAL < 15000 EUROS | REVENU FISCAL entre 15001-50000 euros | REVENU FISCAL < 50000 EUROS |
|---|-----------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|
| HABITANT MAUSSANE (adresse de l'avis d'imposition) | 50 euros par semaine | 60 euros par semaine | 70 euros par semaine |
| HABITANT HORS MAUSSANE | 70 euros par semaine | 80 euros par semaine | 90 euros par semaine |

* photocopie de l'avis d'imposition avec revenu fiscal de 2013



Fiche d'inscription

L'arbre des enfants

Nom enfant :

Prénom enfant :

Date de naissance :

Classe :

Nom – Prénom Père :

Nom – Prénom Mère :

Profession père :

Profession mère :

Mail :

Régime d'assurance : Général MSA RSI autre (précisez) :



Responsable civil durant la garde :

M. ou/et Mme :

.....

Adresse :

.....

Téléphone domicile :

.....

Téléphone portable :

.....

Personne à contacter en cas d'urgence :

M. ou/et Madame

.....

Téléphone(s) :

..... ou

.....



Autorisation parentale :

Je soussigné(es) M. et/ou Mme autorise(nt) mon enfant
..... à participer à l'ALSH (accueil de loisirs sans hébergement) organisé par
l'association « L'arbre des enfants ».

En cas de nécessité, j'autorise les responsables à organiser le suivi médical approprié (acte
chirurgical compris). J'autorise également les responsables à utiliser tous les moyens de
transport personnel ou collectif pour le bon déroulement des activités.

Fait à le

Signature : Précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé»



Préfecture des Bouches-du-Rhône
Direction Départementale de la Cohésion Sociale des Bouches-du-Rhône
Accueils Collectifs de Mineurs à Caractère Educatif

Fiche sanitaire de liaison

1. Mineur accueilli

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

Sexe :

Poids : kg

Taille : cm

2. Vaccinations



Les copies des pages de vaccinations du carnet de santé doivent impérativement accompagner le tableau ci-dessous. Ne pas omettre de mentionner le nom et prénom du mineur concerné sur les dites copies.

| Vaccins obligatoires * | Date du dernier rappel | Vaccins recommandés | Dates |
|------------------------|------------------------|-------------------------------|-------|
| Diptérie | | BCG | |
| Tétanos | | Coqueluche | |
| Poliomyélite | | Rubéole - Oreillon - Rougeole | |
| | | Hépatite B | |
| | | Autres | |

* Rappel tous les cinq ans pour les vaccins obligatoires pour un mineur

3. Renseignements médicaux concernant le mineur accueilli

Le mineur présente-t-il des troubles de santé ?

| | | | |
|------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------|
| Allergies alimentaires | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | Préciser à quoi : |
| Autres allergies | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | Préciser à quoi : |
| Asthme | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | Préciser à quoi : |
| Diabète | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | Préciser à quoi : |
| Epilepsie | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | Préciser à quoi : |
| Autres | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | Préciser à quoi : |

Le mineur suit-il un traitement médical régulier ?

Non Oui

Si oui, veuillez joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants

Les médicaments doivent rester dans leur emballage d'origine avec le Nom et Prénom du mineur avec la notice

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

Le trouble de la santé implique-t-il une conduite particulière à suivre en cas d'urgence pendant le déroulement de l'accueil de loisirs ?

Non Oui

Si oui, veuillez prendre contact avec le directeur de l'accueil de loisirs

Des consignes écrites peuvent se montrer utiles si nécessaires

Autres difficultés de santé et précautions à prendre (suivi spécialisé, antécédents d'accidents, d'opération ...)

.....

.....

.....

.....

4. Recommandations utiles signalées par les parents

- L'enfant ou le jeune porte-t-il des lunettes ? Non Oui
- L'enfant ou le jeune porte-t-il des lentilles de contact ? Non Oui
- L'enfant ou le jeune porte-t-il des prothèses auditives ? Non Oui
- L'enfant ou le jeune porte-t-il des prothèses dentaires ? Non Oui
- L'enfant ou le jeune a-t-il des problèmes énurésie ? Non Oui

5. Responsable(s) du mineur

NOM :

PRENOM :

Adresse :

Téléphone fixe / portable :

Téléphone de travail :

NOM du médecin traitant :

Téléphone du médecin traitant :

Je soussigné,, responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil collectif de mineurs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical après consultation d'un médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du mineur.

Date :

Signature(s) :

Il est rappelé que cette fiche sanitaire de liaison peut être remise sous enveloppe cachetée par les familles au Directeur de l'accueil de mineurs. Les informations communiquées restent confidentielles et seront restituées aux familles. Les fiches sanitaires de liaison doivent être renouvelées tous les ans. Toute modification en cours d'année concernant les renseignements ci-dessus devra être signalée au Directeur