



CADRE RESERVÉ À L'ADMINISTRATION

Dossier reçu le----- Transmis par----- ASSURANCE QF PAI À FAIRE
Enregistré dans Agedi le----- Scanné le----- VACCINS Calendrier GA

DOSSIER UNIQUE

INSCRIPTIONS AUX ACCUEILS PERISCOLAIRES et CANTINE

2024-2025

Attention, pour être certain que votre enfant puisse être accueilli dès le jour de la rentrée, et sur les jours que vous souhaitez, vous devez impérativement faire parvenir le présent dossier à la direction du Centre de Loisirs.

FICHE ADMINISTRATIVE DE L'ENFANT

NOM DE L'ENFANT :

PRÉNOM :

Date de naissance ... /... /...

Sexe : M F

Classe :

.....
SI GARDE ALTERNÉE ALTERNEE (Pensez à fournir obligatoirement le calendrier de garde alternée ou la copie du jugement)

Dossier parent 1 (préciser.....) Dossier parent 2 (préciser.....)

RESPONSABLE(S) LÉGAL(AUX) DE L'ENFANT

Responsable légal 1

Père Mère Autre :.....

Nom.....

Prénom.....

Email.....

Tél domicile.....

Tél portable.....

Tél pro.....

N° CAF ou MSA.....

Adresse.....

Code postal Ville.....

Responsable légal 2

Père Mère Autre :.....

Nom.....

Prénom.....

Email.....

Tél domicile.....

Tél portable.....

Tél pro.....

N° CAF ou MSA.....

Adresse.....

Code postal Ville.....

Foyer où réside l'enfant Parents Père Mère Autre Précisez.....

Nom de l'accueillant..... Téléphone.....

Adresse.....

AUTORISATIONS

Partir seul (uniquement enfant de + de 6 ans)	Oui	Non
Autorise le service Inscriptions à conserver dans mon dossier l'attestation de quotient familial	Oui	Non
Publication de photos sur un support de communication interne et externe au FCL Capendu et Mairie de Capendu	Oui	Non

Tiers à prévenir en cas d'urgence et/ou pouvant récupérer votre enfant (une pièce d'identité pourra être demandée) :

Nom/prénom..... Tél..... l'enfant	À prévenir	Récupère
---------------------------------------------	-------------------	-----------------

Nom/prénom..... Tél..... l'enfant	À prévenir	Récupère
---------------------------------------------	-------------------	-----------------

(au besoin rajouter sur papier libre)

J'atteste avoir pris connaissance et compris les conditions générales de fonctionnement de l'AL, de l'ALAE et avoir pris connaissance du Règlement Intérieur et d'en respecter les termes. Je suis informé(e) que tant que le dossier n'est pas complet, aucune inscription ne pourra être effectuée. La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'appliquent à ce formulaire. Elle vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. Je m'engage à signaler tout changement de situation au service (coordonnées, autorisations, personnes à prévenir...)

Certifié exact,

A..... le.....

Nom et signature du responsable légal

GRILLE TARIFAIRE

ALAE PERISCOLAIRE

REPAS	
Tranches quotient familial	Tarif
0 à 1000 €	1 €
1001 à 1200 €	4.15 €
+ 1200 €	4.30 €

ALAE 2024/2025 Lundi / mardi / mercredi / jeudi / vendredi Habitant Capendu			
Tranches quotient familial	Tarif matin (7h15-8h45)	Tarif midi	Tarif soir (16h30-18h30)
0 à 500	0.45 €	0.45 €	0.90 €
501 à 700	0.55 €	0.55 €	1.05 €
701 à 900	0.60 €	0.60 €	1.20 €
901 à 1200	0.70 €	0.70 €	1.35 €
+ 1200	0.85 €	0.85 €	1.65 €

ALAE 2024/2025 Lundi / mardi / mercredi / jeudi / vendredi Villages extérieurs			
Tranches quotient familial	Tarif matin (7h15-8h45)	Tarif midi	Tarif soir (16h30-18h30)
0 à 500	0.55 €	0.55 €	1.05 €
501 à 700	0.65 €	0.65 €	1.25 €
701 à 900	0.75 €	0.75 €	1.45 €
901 à 1200	0.80 €	0.80 €	1.60 €
+ 1200	1.00 €	1.00 €	1.95 €

ALAE réservation 2024/2025 Mercredi		
Tranches quotient familial	Habitant Capendu	Villages extérieurs
Accueil Matin (9h-12h) et Accueil Après-Midi (14h-17h)		
0 à 500	1.35 €	1.55 €
501 à 700	1.55 €	1.85 €
701 à 900	1.80 €	2.15 €
901 à 1200	2.05 €	2.35 €
+ 1200	2.50 €	2.95 €

Si une sortie est prévue : 8 € plus le tarif horaire

Toutes inscriptions entraînent l'adhésion au Foyer Culturel Laïque de Capendu :

10 € pour l'année scolaire 2024/2025



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? 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'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
MÉDICAMENTEUSES oui non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
Précisez :

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS
Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc....

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :
TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :
TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :