



MERCREDIS ET VACANCES SCOLAIRE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

NOM prénom	Date de naissance	Classe fréquentée en 2021-2022 :
		Y a-t-il des activités interdites à l'enfant ? si oui lesquelles ?
		Régime alimentaire :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS

PERE	NOM prénom	ADRESSE	Tel. domicile	Tel.portable	Tel pro
	Mail : <i>Nous donner cette adresse nous permet de mieux communiquer sur les projets menés avec les enfants et sur toute modification de fonctionnement</i>				

MERE	NOM prénom	ADRESSE	Tel. domicile	Tel.portable	Tel pro
	Mail : <i>Nous donner cette adresse nous permet de mieux communiquer sur les projets menés avec les enfants et sur toute modification de fonctionnement</i>				

En cas de parents non mariés ou séparés, lequel des deux est le responsable légal ?
 (fournir un document officiel en cas d'interdiction d'un des parents de prendre l'enfant)

N° de sécurité sociale couvrant l'enfant	
--	--

Autres personnes autorisées à prendre l'enfant :

Nom : Lien avec l'enfant : Tel :

Nom : Lien avec l'enfant : Tel :

Personne à prévenir en cas d'accident :

Nom : Lien avec l'enfant : Tel :

Nom : Lien avec l'enfant : Tel :

N° CAF :	Quotient familial	Régime S.S
----------	-------------------	------------

Bénéficiez-vous d'une aide (C.E., Aides diverses?) : oui non

Si oui précisez l'origine et le montant si celui-ci doit être déduit de votre participation :

.....

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

A ne renseigner que si votre enfant n'est pas déjà inscrit aux activités périscolaires du Poinçonnet

Transmettre une photocopie de la page « vaccinations » du carnet de santé de votre enfant

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication
(RAPPEL : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication)

L'enfant a-t-il des difficultés de santé (asthme, allergie, antécédents médicaux) ?

oui **non**

Si oui lesquelles ? (précisez les précautions à prendre.

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

Nom du Médecin Traitant :

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au Centre de Loisirs ?

oui **non**

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boites de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice)
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance et sans l'accord de l'équipe de direction du Centre de Loisirs

Recommandations utiles des parents :

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

PROJET PEDAGOGIQUE

Faciliter l'accueil de chaque enfant

- Prendre en compte la singularité de chaque enfant (âge, rythme, développement...)
- Favoriser des logiques de coopération, d'entraide
- Permettre à l'enfant de se tromper... pour mieux l'aider à réussir

S'ouvrir sur les autres

- Accepter les différences (handicap, origine, cultures, contextes sociaux...)
- Faire évoluer les préjugés et les représentations de « l'autre »
- Comprendre et intégrer des règles de vie communes

Favoriser l'épanouissement

- Faire découvrir les potentiels de chacun et de l'action collective
- Développer l'esprit d'initiative et la créativité
- Construire des projets collectifs

Susciter l'intérêt de l'enfant

- Lui permettre de faire des choix
- Faire découvrir de nouvelles activités, des disciplines inconnues
- Éviter le zapping et favoriser l'inscription à une activité dans la durée

TARIFS

TARIFS VACANCES 2021/2022

repas inclus

QF	jour	semaine
0 à 565 €	5,79	28,95
566 à 765 €	8,10	40,50
766 à 965 €	11,95	59,75
966 et plus	13,80	69

TARIFS MERCREDIS 2020/2021

QF	Avec repas	Sans repas
0 à 565 €	4	2,40
566 à 765 €	5,70	3,10
766 à 965 €	7,20	4,20
966 et plus	9,35	6,30

REDUCTION DE 10% A PARTIR DU
2EME ENFANT

Je soussigné(e)

(père, mère, tuteur), responsable de l'enfant

- Accepte les dispositions des règles de fonctionnement,
- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche
- Donne mon accord pour que le Directeur du Centre prenne toutes les dispositions urgentes (médicales et chirurgicales) que nécessiterait l'état de santé de mon enfant.
- Autorise que mon enfant soit pris en photo dans le cadre des activités inhérentes à l'Accueil de Loisirs et que celles-ci puissent être exposées dans le cadre de la valorisation des enfants et du projet de l'accueil de loisirs.
- autorise que mon enfant soit transporté, durant le temps des activités, dans des véhicules conduits par les animateurs ou responsables de l'accueil.
- autorise que mon enfant rentre seul à mon domicile oui non

Fait à : le :

SIGNATURE OBLIGATOIRE DU RESPONSABLE LÉGAL

Faire précéder la signature de la mention "Lu et approuvé"