

« Informations Parents »

Centre aéré Juillet 2022

N° d'habilitation J&S : 013-0224-CL000121-21

LIEU D'ACCUEIL : ECOLE MATERNELLE

NUMÉRO DIRECTION : 06 77 74 78 31

- Sont prioritaires les enfants domiciliés et/ou scolarisés à Mouriès
- Une confirmation d'inscription sera envoyée par mail à partir du mardi 7 juin pour les dossiers complets (retour des dossiers possible par mail, boîte aux lettres ou au bureau de l'association).

DOCUMENTS INSCRIPTION :

- Fiche Individuelle + Fiche sanitaire + Photocopies des vaccins du carnet de santé de l'enfant
- Photocopies du dernier avis d'imposition
- Photocopie de l'attestation d'assurance individuelle accident et de responsabilité civile au nom de l'enfant (*vérifier auprès de votre assureur que les centres de loisirs/extrascolaires sont bien pris en compte dans votre contrat d'assurance*)

HORAIRES : ACCUEIL : 8 h à 9 h

DÉPART : 17 h à 18 h

REPAS ET GOÛTERS FOURNIS PAR LA COMMUNE DE MOURIÈS

En cas de régime alimentaire particulier, merci de nous le noter sur la fiche d'information sanitaire pour pouvoir le transmettre au service de la restauration scolaire

ÉQUIPEMENT À AVOIR CHAQUE JOUR :

- Sac à dos adapté à l'enfant et aux activités
- Gourde d'au moins un litre d'eau
- Bonnes chaussures – pas de sandales
- Casquette
- Vêtements adaptés à la météo et aux activités

*Ne glissez rien à
manger dans le sac de
votre enfant !*

Il est conseillé de mettre le nom de votre enfant sur ses affaires.

PROJET PÉDAGOGIQUE :

Ce document présente le fonctionnement et les objectifs pédagogiques du centre aéré. Après révisions par l'équipe pédagogique début juillet, il sera à votre disposition sous format papier pour consultation au bureau de l'association et pourra être envoyé par mail sur demande.

"Chemin Faisan"

Association d'Éducation à l'Environnement
55 avenue Pasteur, Le Petit Mas, 13890 MOURIÈS

Tél/Fax : 04 90 47 63 77 Courriel : chemin.faisan@orange.fr



Annexe au point 3 de la fiche sanitaire de liaison :

Si votre enfant suit un **traitement médical** ou présente un **trouble de la santé** (allergies, asthme, diabète, épilepsie, ...)

Vous devez nous remettre, avant l'accueil, **un document écrit de la main du médecin traitant**, nous indiquant précisément :

- les troubles dont souffre votre enfant
- le protocole à suivre en cas de crise
- s'il y a lieu, le traitement à mettre en place ; une ordonnance.

Pour tout traitement médical, ce dernier devra être fourni dans une pochette portant nom, prénom et date de naissance de l'enfant.

Nous espérons que vous comprenez que cette démarche fait partie des mesures mises en place pour accueillir au mieux votre enfant.



Accueil Collectif de Mineurs – MOURIÈS- N° Jeunesse et Sports n° 0130224CL000121-21

FICHE INDIVIDUELLENom de l'enfant : Prénom : Fille ☐ Garçon ☐

Date et lieu de naissance : Age :

Enfant scolarisé en : ☐ Maternelle ☐ Primaire ☐ Collège

	REPRÉSENTANT LÉGAL 1	REPRÉSENTANT LÉGAL 2
Nom		
Prénom		
Adresse		
Profession		
Téléphone		
Mail		

Régime d'appartenance : ☐ Général (dont SNCF) ☐ MSA**AUTORISATIONS PARENTALES**

Je soussigné(e) :

Responsable légal de l'enfant :

- ☐ Déclare avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement de l'accueil
- ☐ Autorise mon enfant à participer aux activités proposées par l'équipe d'animation
- ☐ Autorise le ou la responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes les mesures d'urgence (traitement, hospitalisation, anesthésie, intervention, ...) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant
- ☐ Autorise l'équipe d'animation à photographier et à filmer mon enfant dans le cadre des activités, en vue de leur diffusion sur tout support de communication (site de l'association, journaux locaux, ...)
- ☐ Autorise mon enfant à partir seul entre 17h et 18h (à partir de 8 ans)

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant ou à contacter en cas d'urgence si les parents ne sont pas joignables :

Nom, prénom : Qualité : Téléphone :

Nom, prénom : Qualité : Téléphone :

Nom, prénom : Qualité : Téléphone :

Cadre réservé à l'administration

Période de Vacances			Barème			Adhésion 2022 Carte N°.	Informations Sanitaires
S1	S2	S3	B1	B2	B3		



PAIEMENT DES ACTIVITÉS

L'ACM accueille les enfants de la commune de Mouriès et ses environs, âgés de 4 à 13 ans, quelles que soient leurs origines et leurs capacités physiques et morales. Les groupes sont constitués en fonction des âges et des besoins des enfants.

Sont prioritaires les enfants domiciliés et/ou scolarisés à Mouriès.

Trois barèmes (B1 / B2 / B3) sont proposés en fonction du revenu fiscal de référence (RFR) du foyer et du dernier avis d'imposition. Pour les familles ne désirant pas présenter un justificatif de revenus, le tarif sera basé sur le barème le plus haut.

B1 : RFR < 15000€	B2 : RFR entre 15000€ et 40000€	B3 : RFR > 40000€
-------------------	---------------------------------	-------------------

Tarification Accueil Collectif de Mineurs

Accueil : de 8h à 9h Départ : de 17h à 18h

Repas et goûters fournis par la commune de Mouriès

Enfant domicilié et/ou scolarisé à MOURIÈS :

Entourer les montants correspondants :

Barèmes	S1 Lundi 11 au vendredi 15 juillet (Jeudi 14 férié)	S2 Lundi 18 au vendredi 22 juillet	S3 Du lundi 25 au vendredi 29 juillet	Adhésion 2022 (Année civile)
B1	48 €	60 €	60 €	10 €
B2	58 €	72.5 €	72.5 €	
B3	68 €	85 €	85 €	

Enfant d'une COMMUNE EXTERIEURE :

Entourer les montants correspondants :

Barèmes	S1 Lundi 11 au vendredi 15 juillet (Jeudi 14 férié)	S2 Lundi 18 au vendredi 22 juillet	S3 Du lundi 25 au vendredi 29 juillet	Adhésion 2022 (Année civile)
B1	70 €	87.5 €	87.5 €	10 €
B2	80 €	100 €	100 €	
B3	88 €	110 €	110 €	

Souhaitez-vous une facture ? Si oui, par mail ☐ ou papier ? ☐

À partir du 3^{ème} enfant, une réduction de 10% est appliquée sur le montant total de la somme versée par les parents, hors adhésion.

Les paiements se font à l'inscription en chèque ou espèces à déposer dans la boîte aux lettres de l'association. Les chèques sont établis à l'ordre de l'association « Chemin Faisan ».

Fait à Mouriès, le

Signature d'un représentant légal :



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie	☐	☐		Hépatite B	
Tétanos	☐	☐		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite	☐	☐		Coqueluche	
Ou DT polio	☐	☐		BCG	
Ou Tétracoq	☐	☐		Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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 pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE ☐ oui ☐ non	VARICELLE ☐ oui ☐ non	ANGINE ☐ oui ☐ non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ ☐ oui ☐ non	SCARLATINE ☐ oui ☐ non
COQUELUCHE ☐ oui ☐ non	OTITE ☐ oui ☐ non	ROUGEOLE ☐ oui ☐ non	OREILLONS ☐ oui ☐ non	

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐ MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐
ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS
