

« Informations Parents »

Centre aéré du 13 au 17 février 2023

N° d'habilitation J&S : 013-0224-CL000122-22-H01

LIEU D'ACCUEIL : ECOLE MATERNELLE

NUMÉRO DIRECTION : 06 77 74 78 31

- Sont prioritaires les enfants domiciliés et/ou scolarisés à Mouriès et dont les deux parents travaillent
- L'inscription sera validée après retour des dossiers complets à partir du **lundi 16 janvier 2023**

DOCUMENTS INSCRIPTION :

- Photocopies des vaccins du carnet de santé de l'enfant à jour
- Photocopies du dernier avis d'imposition (Pas nécessaire si barème 3)
- Justificatif de travail des deux parents
- Photocopie de l'attestation d'assurance individuelle accident et de responsabilité civile au nom de l'enfant pour l'année en cours (*vérifier auprès de votre assureur que les centres de loisirs sont bien pris en compte dans votre contrat d'assurance*)

HORAIRES : ACCUEIL : 8 h à 9 h

DÉPART : 16h30 à 18 h

REPAS ET GOÛTERS FOURNIS PAR LA COMMUNE DE MOURIÈS

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
- Vêtements adaptés à la météo et aux activités

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. Il est à votre disposition sous format papier pour consultation au bureau de l'association et peut 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 de **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
- si 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° J&S n° 0130224CL000122-22-H01

FICHE INDIVIDUELLE

Nom de l'enfant : Prénom : Fille Garçon
Date et lieu de naissance :
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 2023 Carte N°	Informations Sanitaires
HIVER	B1	B2	B3		



Accueil Collectif de Mineurs – MOURIÈS- N° J&S n° 0130224CL000122-22-H01

PAIEMENT DES ACTIVITÉS

Tarifcation Accueil Collectif de Mineurs

Accueil : de 8h à 9h

Départ : de 16h30 à 18h

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. Deux groupes sont constitués en fonction des âges et des besoins des enfants.

Sont prioritaires :

- les enfants domiciliés et/ou scolarisés à Mouriès
- les enfants dont les deux parents travaillent.

Trois barèmes (B1 / B2 / B3) sont proposés en fonction du revenu fiscal de référence (RFR) du foyer 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.

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

Entourer les montants correspondants :

Barèmes	HIVER 2023 Lundi 13 février au vendredi 17 février 2023	Adhésion 2023 (Année civile)
	Enfant domicilié et/ou scolarisé à MOURIÈS	
B1	60 €	10 €
B2	72.5 €	
B3	85 €	

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

A partir du 3ème 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 espèce. Les chèques sont établis à l'ordre de l'association « Chemin Faisan ».

Fait à Mouriès, le

Signature d'un représentant légal :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON	<p style="text-align: center;">1 – ENFANT</p> <p>NOM : _____</p> <p>PRÉNOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : _____</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/></p>
---------------------------------------	--

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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				

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
