

ÉVASION ADOS

DU 22 AU 26 AVRIL
2024

DE 11 À 17 ANS



LIEU D'ACCUEIL :



LEROUVILLE
Salle des fêtes
20 Route Nationale

HORAIRES D'ACCUEIL :



14h à 18h
+ soirée éventuelle

+ D'INFORMATIONS :

Mme Charlier Isabelle
tel : 03 29 79 08 58
Isabelle.charlier@fol55.com

TARIFICATIONS :

Quotient Familial	QF1 : 0 à 550	QF2 : 551 à 900	QF3 : + de 900
Tarif à la semaine	18,00 €	19,00 €	20,00 €
Reste à charge si ATL	2.00€	5.00€	20..00€

INSCRIPTION EN MAIRIE :



- Pour les inscriptions, munissez-vous :
- Bulletins Aide au Temps Libre (CAF)
 - Photocopies du carnet de vaccination
 - Fiche d'inscription dûment remplie
 - Retrait des dossiers le 02/04/2024
 - Clôture des inscriptions le 15/04/2024

ACTIVITÉS :

De nombreuses activités seront mises en place par l'équipe d'animation. Un programme détaillé sera affiché à l'entrée du centre.



ÉVASION ADOS

DU 22 AU 26 AVRIL
2024

DE 11 À 17 ANS



LIEU D'ACCUEIL :



LEROUVILLE
Salle des fêtes
20 Route Nationale

HORAIRES D'ACCUEIL :



14h à 18h
+ soirée éventuelle

+ D'INFORMATIONS :

Mme Charlier Isabelle
tel : 03 29 79 08 58
Isabelle.charlier@fol55.com

TARIFICATIONS :

Quotient Familial	QF1 : 0 à 550	QF2 : 551 à 900	QF3 : + de 900
Tarif à la semaine	18,00 €	19,00 €	20,00 €
Reste à charge si ATL	2.00€	5.00€	20..00€

INSCRIPTION EN MAIRIE :



- Pour les inscriptions, munissez-vous :
- Bulletins Aide au Temps Libre (CAF)
 - Photocopies du carnet de vaccination
 - Fiche d'inscription dûment remplie
 - Retrait des dossiers le 02/04/2024
 - Clôture des inscriptions le 15/04/2024

ACTIVITÉS :

De nombreuses activités seront mises en place par l'équipe d'animation. Un programme détaillé sera affiché à l'entrée du centre.



BULLETIN D'INSCRIPTION

NOM - PRENOM des parents : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Mail : _____

Avez-vous besoin d'un justificatif (CE, ...) ... OUI ...NON

NOM-Prénom de l'adolescent : _____

Date et lieu de naissance : _____

11 ans 12 ans 13 ans 14 ans 15 ans 16 ans 17 ans

LES TARIFS A Régler Obligatoirement le jour de l'inscription.

Semaine du 22/04 au 26/04/2024			
QF	Tarif Passeport	ATL à retrancher	A votre charge
0-550	18.00€	16.00€	2 €
551-900	19.00€	14.00€	5 €
+ de 900	20.00€	//	20 e

REGLEMENT TOTAL DU : _____ (Les bons CAF, MSA, CE, chèques vacances sont acceptés)

Règlement : Chèque n° Chèques vacances :

Espèces :

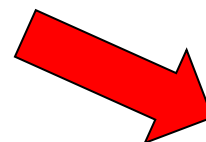
Dossier à rendre pour le 12 avril

Madame / Monsieur / Responsable légal de l'enfant

- déclare avoir pris connaissance de l'intégralité du règlement intérieur, m'engage à le respecter et informer le responsable de tout changement lié au fonctionnement de l'ACM.
- autorise mon enfant inscrit à participer aux activités organisées par le centre (sauf contre-indication médicale à signaler sur la fiche sanitaire de liaison)
- procède au règlement à l'ordre de la Fédération des Œuvres Laïques en même temps que l'inscription.

A..... LE

Signature des parents :



AUTORISATION PARENTALE - DROIT A L'IMAGE

L'accueil de loisirs, dans le cadre de son travail pédagogique, utilise des photos et des vidéos des enfants des accueils de loisirs, des ateliers (etc...) pour ses différentes publications (journal, plaquette, site Internet, ...).

La loi nous fait obligation d'avoir l'autorisation écrite des parents, l'article 9 du Code Civil précise :

« Chacun a droit au respect de sa vie privée [...] Toute personne peut interdire la reproduction de ses traits [...] C'est à celui qui reproduit l'image d'apporter la preuve de l'autorisation ». S'agissant de personnes mineures, le droit à l'image, mais aussi de façon plus générale, le respect de la personne, est d'application stricte. En conséquence, aucune photo d'enfant reconnaissable ne pourra être publiée sans une autorisation écrite des parents (ou tuteurs) indiquant précisément dans quel contexte pédagogique se situe cette photo ou vidéo. Les œuvres et réalisations des enfants ne devront en aucun cas faire état du nom de famille de l'auteur. Seul le prénom est autorisé.

Aussi, nous vous demandons de bien vouloir nous retourner le coupon ci-dessous, afin de connaître votre position.

Je, soussigné(e).....

M. / Mme (Nom et Prénom) :

Adresse :

Agissant en qualité de représentant légal de l'enfant (Nom et Prénom)

AUTORISE :

REFUSE :

Les représentants de l'accueil collectif de mineurs (indiquer le nom de la structure) :

à prendre mon fils/ma fille en photo, à réaliser un film, à utiliser cette/ces photo(s) pour une publication : sur le site Internet de l'accueil de loisirs/de l'association, sur l'album photos/le film qui sera réalisé à l'issue du centre, sur tout support d'information relatif à la promotion des activités du centre/de l'association.

Observations :

Ces prises de vue ne pourront être ni vendues, ni utilisées à d'autres fins que celles mentionnées ci-dessus. Conformément à la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le libre accès aux documents établis par le centre de loisirs est garanti, de même que le droit de retrait.

Date et signature du responsable légal



<h1>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h1>	<p>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 EST OBLIGATOIRE
ELLE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ET ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ

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

JOINDRE LA PHOTOCOPIE DES PAGES DU CARNET DE VACCINATION (obligatoire)

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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSES 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.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM / PRENOM :

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) :

.....
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :

BUREAU :AUTRE (PRÉCISER) :

.....
.....

NOM / ADRESSE ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT :

.....
.....

NUMERO DE SECURITE SOCIALE :

N° D'ALLOCATAIRE CAF (si QF < 700) :

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.

Date :

Signature :