**RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX** :

**L'enfant** : a-t-il des frères et sœurs ? Si oui, prénoms :…………………………..

Pratique-t-il des sports ?…….. si oui, lesquels ……………………………………….

L'enfant fait-il pipi au lit ? …… (Si oui, prévoir un rechange en cas « d’accident ») Porte-t-il des lunettes ? ……ou des lentilles ? …... L'enfant sait- il nager ?……… L'enfant est-il malade en bus ?……. (**si oui, pensez à lui donner un médicament avant les départs**

**et à en fournir un pour le retour)**

**Responsable légal de l'enfant** :

**Nom:** ……………………………. **prénom**:…………………………………..

Adresse :…………………………………………………………………………….

Code postal : …………… Ville : …………………………………………………...

Tél. mère :…………………………tél. père :…………………………….……

Autre tél. :………………………… Mail : ………………………………………….

**Si différente**, adresse pendant le séjour de l'enfant ……………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………….tél :……………………..

**Autre personne à contacter pendant le séjour** (si différente des parents)

Nom et prénom: ……………………………………………………..……………….

Adresse…………………………………….……………………Tél………….………

**AUTORISATION PARENTALE**

**(Valable pour tous les ALSH 2024)**

**Je soussigné (e) …………………………………………………………………………….**

**Responsable légale de l’enfant……………………………………………………………**

**1°/** Inscris celui-ci à l’ALSH et l’autorise à participer à toutes les activités

**2°/** M'engage à verser les participations correspondantes

**3°/** M'engage à fournir tous les renseignements et les documents demandés

**4°/** Atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements communiqués qui pourront être vérifiés par l'organisateur et autorise celui-ci à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d’urgence médicales

**5°/** Autorise le centre à donner à mon enfant les repas tirés du sac que je lui fournis

**6°/** Atteste avoir pris connaissance du contenu de cette fiche de liaison et l'accepte

**7°/** Autorise le centre à prendre et à publier des photographies de mon enfant

**8**°/ Décharge l’ALSH de toutes responsabilités en cas d’arrivée tardive de l’enfant ou de son départ anticipé

**9°**/ J’autorise Monsieur, Madame …………………..……………… à venir chercher mon enfant dans la structure.

**10°/** Autorise mon enfant à voyager dans le cadre des activités de l’ALSH, en voiture particulière ou transport collectif

**11°/** Autorise la MPT à consulter le quotient familial de la CAF.

Fait le …………………à :…………… Signature :

****

**ACCUEIL DE LOISIRS**

**Maison Pour Tous**

NOM : ……………………… PRENOM : …………………………………

NOM ET VILLE DE L'ECOLE : ……………………………………………………….

****

**2023/2024**

**L’ALSH fonctionne pendant :**

* Les vacances d’hiver,
* Les vacances de printemps,
* Les vacances d’été
* Les vacances d’automne.
* Les mercredis en période scolaire.

**3 -11 ans**

**LE CENTRE N’ASSURE**

**NI LA RESTAURATION, NI LE GOUTER**

**ATTENTION !**

**Fermeture de la MPT du 12 août au 4 septembre 2023 inclus**

**Ouverture de l'ALSH : mercredi 6 septembre 2023**

**MAISON POUR TOUS 5 rue du champ foire– 21140 – Semur en Auxois**

03 80 97 12 17

[mpt.semur@wanadoo.fr](mailto:mpt.semur@wanadoo.fr) ou www.maisonpourtous-semur.fr











**VOTRE** **PARTICIPATION ALSH DES MERCREDIS ET VACANCES 2023/2024**

Les tarifs se calculent en multipliant votre Quotient Familial (QF) par un taux voté par la MPT et validé par la CAF, dans la limite d’un **prix plancher minimum (3,90€) et d’un prix plafond maximum (14,38 €)** pour une journée.

**Tarif de la famille = Quotient Familial (QF) X taux voté**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | QUOTIENT | Tarif famille |
| Vacances et mercredis journées | QF ≤750 | QF x 0.78 % |
|  | QF >750 | QF x 1.15 % |
| Demi-journée les mercredis | QF ≤750 | QF x 0.39 % |
|  | QF>750 | QF x 0.58 % |

* **Sans les documents précisant votre Quotient Familial, c’est le tarif plafond (le plus haut soit 14,38€/jour et 7,19€/demi-journée) qui sera appliqué**
* Documents à joindre au dossier : **copie des vaccins, assurance responsabilité civile ou assurance scolaire, notification de quotient CAF.**
* L'inscription n'est validée qu'à réception du règlement.
* Les enfants fréquentant l’ALSH à la semaine sont prioritaires pour les animations exceptionnelles.

**Informations complémentaires :**

**Nombre d'enfants au foyer :** …… (Pas seulement ceux participant à l’A.L.S.H)

- N° Allocataire à la **CAF** ou la **M.S.A** : ……………………….

Adresse de la caisse : ………………………………………………………………

- N° de **Sécurité sociale** du responsable légal : …………………………………………...

Adresse de la caisse………………………………………………………………............

**-Assurance responsabilité civile :**

Compagnie : …………………………………… N° d’adhérent : ………………………

FICHE SANITAIRE

**ENFANT** : NOM : …………………….…… Prénom ………………..……..

Sexe: (F ou M)…... Date de naissance :…….……..…… Lieu:…………………………....

**Cocher :**  Garderie de midi (repas tiré du sac) ou  Externat (9h-12h et 14h-17h)

**Mercredis en période scolaire (sept23 à juil24) :**  Journée /  Demi-journée

**LES VACANCES SOUHAITEES SERONT A CONFIRMER AVANT CHAQUE PERIODE :**

**En journées complètes : Automne 2023 :**   23/10 au 27/10  30/10 au 3/11

**Hiver 2024**  19 au 23/02 26 au 1/03 **Printemps 2024 **15 au 19/04 ****22 au 26/04

**Eté 2024**  8 au 12/07 15 au 20/07 23 au 27/07 29 au 02/08  5 au 9/08

**Inscription par journées**, dates choisies : …………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………..

**VACCINATIONS** : **Joindre la photocopie du carnet de vaccination**

**Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Attention: l'antitétanique ne présente aucune contre-indication**

**Signaler les vaccins qui seront effectués en 2024 (vaccins, date) :**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….............

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

**A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES ?** (Répondre par oui ou non)

Rubéole ………. Varicelle…………. Angine………. Rhumatisme aigu…………..

Scarlatine……….Coqueluche………Otite………Rougeole……….Oreillons……..

**ALLERGIES :** (oui ou non) Asthme……… Alimentaire………..

Médicamenteuses…………. Autres………

**Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir** (si automédication, le signaler)

………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………

**INDIQUER CI APRES :*****difficultés de santé*** (maladies, accidents, hospitalisations, opérations, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**. Si traitement pendant le séjour joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (Médicaments dans les emballages d'origine marqués au nom de l'enfant, avec la notice)

***Les comportements exceptionnels*** dus à des situations passagères (soucis familiaux…)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………