**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 2023)**

**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 : ……………………………………………………….

****

**2022/2023**

 **L’ALSH fonctionne pendant :**

* Les vacances d’hiver,
* Les vacances de printemps,
* Les vacances d’été (jusqu’au 12/08/23)
* 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 ou www.maisonpourtous-semur.fr











**VOTRE** **PARTICIPATION ALSH DES MERCREDIS ET VACANCES 2022/2023**

A compter de septembre 2022, à la demande de la CAF, la MPT tout comme la CCTA fait évoluer sa politique tarifaire. 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 (sept22 à juil23) :**  Journée /  Demi-journée

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

**En journées complètes : Automne 2022 :**   24/10 au 28/10  31/10 au 5/11

**Hiver 2023**  6 au 10/02 13 au 17/02 **Printemps 2023 **11 au 14/04 ****17 au 21/04

**Eté 2023**  10 au 13/07 17 au 21/07 24 au 28/07 31 au 04/08  7 au 11/08

**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 2023 (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…)

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