

PRÉNOM : **NOM** : **Age** :

L'accueil de loisirs fonctionnera du **lundi 24 octobre au vendredi 4 novembre**, pour les enfants de 3 à 14 ans à l'école Thérèse GRAS. **Il n'y aura pas d'accueil le 1^{er} novembre.**

- * De 9h à 17h pour les enfants inscrits à la cantine.
 - * De 9h à 12h et de 14h à 17h pour les enfants non-inscrits à la cantine
- Garderie de 8h00 à 9h00 et de 17h00 à 18h00 (inscription obligatoire)

Dossier à remettre au plus tard en mairie le 14 octobre 2022

La municipalité, la direction et l'équipe d'animation :

- Invitent les parents à respecter les horaires et à prévenir en cas de retard ou d'absence.
- Se dégagent de toute responsabilité si des enfants arrivaient avant l'ouverture du centre.

Joindre :

- ✓ **La photocopie du carnet de vaccinations** avec nom et prénom en haut de page. Si vous avez fourni la photocopie du carnet de vaccination lors d'une précédente session et si votre enfant n'a pas eu de nouveau vaccin, il n'est pas nécessaire de la joindre au dossier.
- ✓ **La fiche sanitaire de liaison COMPLETEE ET SIGNEE**
- ✓ **La somme correspondant à la durée de présence de l'enfant** à l'accueil de loisirs, et/ou à la garderie, **EXCLUSIVEMENT PAR CHEQUE à l'ordre de REGIE MULTI ACTIVITES**

ACCUEIL DE LOISIRS AUTOMNE 2022

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné.....
autorise mon enfantinscrit à
l'accueil de loisirs d'ESTREES, à participer à toutes les activités prévues sous
la conduite du personnel d'encadrement.

J'autorise l'accueil de loisirs à photographier mon enfant durant les
diverses activités

Je certifie que mon enfant ne présente aucun symptôme de maladie
contagieuse, qu'il n'est atteint d'aucune affection cutanée transmissible et
qu'il n'est pas porteur de parasites.

J'autorise l'encadrement à mettre en œuvre les traitements urgents qui
seraient reconnus nécessaires par le médecin et éventuellement à le faire
hospitaliser.

J'ai pris connaissance que l'équipe d'animation et la municipalité se
dégagent de toutes responsabilités en cas de vol ou casse de tout objet
personnel.

ESTREES, le.....

Signature

(Précédée de la mention « lu et approuvé »)

Contacts et renseignements au secrétariat de la Mairie - Rue de la Mairie

59151 ESTRÉES

☎ : 03.27.89.61.21 📠 : 03.27.89.64.83

Email : mairie@estrees.fr

RENSEIGNEMENTS

Nom - Prénom des parents :

Adresse :

N° de Tél. :

N° de S.S. :

Caisse :

N° de CAF :

Caisse :

Ou N° MSA :

à indiquer OBLIGATOIREMENT même si vous ne touchez pas de
prestations familiales

INSCRIPTIONS

Périodes et Activités

Merci de cocher la ou les case(s) de participation de votre enfant à l'accueil de loisirs



DU 24 OCTOBRE AU 28 OCTOBRE (5 jours)		
Quotient familial	Coût par semaine/enfant AVEC REPAS	Coût par semaine/enfant SANS REPAS
De 0 à 369 €	24.25 € <input type="checkbox"/>	8.75 € <input type="checkbox"/>
De 370 à 499 €	31.25 € <input type="checkbox"/>	15.75 € <input type="checkbox"/>
De 500 à 700 €	36.50 € <input type="checkbox"/>	21.00 € <input type="checkbox"/>
>700	38.25 € <input type="checkbox"/>	22.75 € <input type="checkbox"/>

DU 31 OCTOBRE AU 04 NOVEMBRE (4 jours)		
Quotient familial	Coût par semaine/enfant AVEC REPAS	Coût par semaine/enfant SANS REPAS
De 0 à 369 €	19.40 € <input type="checkbox"/>	7.00 € <input type="checkbox"/>
De 370 à 499 €	25.00 € <input type="checkbox"/>	12.60 € <input type="checkbox"/>
De 500 à 700 €	29.20 € <input type="checkbox"/>	16.80 € <input type="checkbox"/>
>700	30.60 € <input type="checkbox"/>	18.20 € <input type="checkbox"/>

SEMAINE 1 (du 24/10 au 28/10) :€ SEMAINE 2 (du 31/10 au 04/11) :€ <u>TOTAL INSCRIPTION</u> :€
--

Garderie du matin de 8h00 à 9h00

Garderie du soir de 17h00 à 18h00

Semaine 1 (5,50 € la semaine)

Semaine 1 (5,50 € la semaine)

Semaine 2 (4,40 € la semaine)

Semaine 2 (4,40 € la semaine)

TOTAL GARDERIES :€

TOTAL INSCRIPTION + GARDERIES :€

ATTENTION : UN REGLEMENT GLOBAL POUR L'INSCRIPTION ET LA GARDERIE SVP

IMPORTANT : Personnes autorisées à reprendre l'enfant :

Nom :
Prénom :
Lien de parenté :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS DE PROBLEME :

Nom/Prénom :
Adresse :
N° Tél :

MEDECIN TRAITANT

Nom :
Adresse :
N° de Tél. :

ASSURANCE

Nom de la compagnie :
N° de Police :

Si l'enfant repart seul :

Je soussigné(e) M. Mme _____ autorise mon
enfant _____ à quitter l'accueil de loisirs seul
à 17h00 18h00 (après la garderie)

Profession du père :
Employeur :

Profession de la mère :
Employeur :

Inscrit l'enfant ci-dessous à l'accueil de loisirs
et m'engage à en régler les frais :

Enfant
Nom :
Prénom :
Date de naissance :/...../.....

Régime alimentaire spécifique ? Oui Non
Si oui lequel ?

*Aucun remboursement ne sera effectué sauf sur présentation d'un certificat
médical ou raison exceptionnelle.*