

Accueil Éducatif Matin et Soir (A.E.M.S.) Accueil de Loisirs Sans Hébergement mercredi (A.L.S.H.)

	REPRÉSENTANT LÉGAL 1 Se désigne comme payeur et destinataire des factures	REPRÉSENTANT LÉGAL 2
NOM	.....	.....
PRÉNOM	.....	.....
DATE DE NAISSANCE/...../...../...../.....
LIEU DE NAISSANCE	à dept	à dept
ADRESSE	..........	..........
CODE POSTAL-VILLE	.....	.....
TÉL. DOMICILE	.....	.....
TÉL. PORTABLE	.....	.....
E-MAIL@.....@.....
PROFESSION	.....	.....
NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR	..........	..........
TÉL. TRAVAIL	.....	.....

En cas de garde alternée et partage des frais, chaque parent doit remplir 1 fiche d'inscription.

Semaines paires

Semaines impaires

Les tarifs sont fonction du quotient familial.

ALSH mercredi - Tarif journée ou demi-journée

AEMS - Tarif horaire

	TOURS	HORS-TOURS	TOURS	HORS-TOURS
8h-18h30 avec repas	entre 3,50 € et 16,25 €	entre 20,30 € et 33,05 €	entre 0,93 € et 1,43 €	entre 2,93 € et 3,45 €
8h-13h sans repas 13h30-18h30 sans repas	entre 1,75 € et 7,75 €	entre 14,40 € et 20,40 €		

Un tarif spécifique pourra être appliqué pour les enfants bénéficiant d'un P.A.I., (allergies alimentaires, diabète, ...) avec panier repas/goûter fourni par la famille.

Pour calculer le tarif :

- Je fournis une attestation CAF récente et autorise la conservation des données me concernant.
- Je communique mon n° allocataire CAF
et autorise la consultation et la conservation des données me concernant.
- Si non allocataire CAF, je transmets mon dernier avis d'imposition et la fiche quotient familial complétée au guichet.

À défaut, le tarif maximum est appliqué.

Pièces à remettre lors de l'inscription :

- ▶ Décharge de responsabilité,
- ▶ Fiche sanitaire (se munir du carnet de santé de l'enfant)

DOSSIER À REMPLIR ET À REMETTRE À L'OPÉRATEUR

ASSOCIATION COURTELINE

44/48 rue Georges Courteline - 37000 TOURS

02 47 76 02 67

courteline@courteline.fr

CACHET DE L'OPÉRATEUR

ÉTAT CIVIL DE L'ENFANT	1 ^{er} ENFANT	2 ^e ENFANT	3 ^e ENFANT
Nom(s)			
Prénom(s)			
Date(s) de naissance			
École(s) - Septembre 2021			
Classe(s) - Septembre 2021			
PAI (allergies alimentaires, diabète, ...) AEEH (reconnaissance handicap)	PAI <input type="checkbox"/> AEEH <input type="checkbox"/>	PAI <input type="checkbox"/> AEEH <input type="checkbox"/>	PAI <input type="checkbox"/> AEEH <input type="checkbox"/>

ACCUEIL ÉDUCATIF (A.E.M.S.) avant et après la classe			
Le matin ▪ 7h30 - 8h30	<input type="checkbox"/> à partir du / /	<input type="checkbox"/> à partir du / /	<input type="checkbox"/> à partir du / /
Le soir ▪ 16h30 - 18h30 <i>ou</i> ▪ 17h30 - 18h30 (si fréquentation de l'étude surveillée)	<input type="checkbox"/> à partir du / /	<input type="checkbox"/> à partir du / /	<input type="checkbox"/> à partir du / /

ACCUEIL DE LOISIRS DU MERCREDI (A.L.S.H.) dans la limite des places disponibles			
Mercredi avec repas de 8h à 18h30	<input type="checkbox"/> à partir du / /	<input type="checkbox"/> à partir du / /	<input type="checkbox"/> à partir du / /
Mercredi sans repas de 8h à 13h <i>ou</i> de 13h30 à 18h30	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> à partir du / /	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> à partir du / /	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> à partir du / /

ALSH

! Ces demandes ne sont pas prioritaires et ne pourront être prises en compte qu'à partir du 21/06 en fonction des places restant disponibles.

J'autorise OUI NON

la publication de l'image de mon (mes) enfant(s) prise dans le cadre des temps périscolaires ci-dessus désignés, sur les supports suivants notamment : journaux et brochures d'information associative ou municipale, site internet de la ville de Tours, reportages télévisés ayant pour objet la communication de la Ville de Tours et des services publics, dans le monde entier et pour la durée légale des droits.

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur et financier 2021-2022 et à le respecter.

Il est consultable et téléchargeable sur tours.fr

Je soussigné(e), responsable légal(e) de l'(des) enfant(s) à inscrire :

- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, notamment **l'adresse de mon domicile**
- m'engage à signaler par écrit tout changement dans ces renseignements qui interviendrait au cours de l'année scolaire
- m'engage pour le compte de tout autre titulaire de l'autorité parentale.

TOURS, le

Signature obligatoire,

DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ 2021-2022

ALSH - AEMS

L'ENFANT

Nom	Prénom	Date de naissance	École	PAI
				<input type="checkbox"/>

LES REPRÉSENTANTS LÉGAUX

Nom	Prénom	Qualité (père, mère, tuteur)	Téléphone domicile	Téléphone portable	Téléphone travail

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT

Mon enfant désigné ci-dessus peut être confié éventuellement aux personnes suivantes :
 Une pièce d'identité pourra leur être demandée.

Nom	Prénom	Qualité (père, mère, tuteur)	Téléphone domicile	Téléphone portable	Téléphone travail

PERSONNES NON AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT :

Fournir une copie de la décision de justice concernant l'autorité parentale en cas de séparation.

AUTORISATION DE RENTRER SEUL APRÈS L'ACTIVITÉ

Concerne les enfants de CP, CE1, CE2, CM1 et CM2

- Oui, j'autorise mon enfant dont le nom est précisé ci-dessus, à rentrer seul après l'activité. Il sera sous ma seule responsabilité durant le trajet du retour.
- Non, je n'autorise pas mon enfant à rentrer seul après l'activité.

En l'absence de choix, l'autorisation de rentrer seul sera supposée.

ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE

Je certifie avoir souscrit un contrat d'assurance en responsabilité civile pour mon (mes) enfant(s) :

Nom de l'assurance..... N° du contrat :

DROIT À L'IMAGE

J'autorise OUI NON la publication de l'image de mon enfant prise dans le cadre des temps périscolaires sur les supports suivants notamment : journaux et brochures d'information associative et municipale, site internet de la ville de Tours, reportages télévisés ayant pour objet la communication de la ville de Tours et des services publics, dans le monde entier et pour la durée légale des droits.

Tours, le.....
 Signature :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____
PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE 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).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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	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 AIGU	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 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 ? oui non
S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRÉNOM : _____
ADRESSE (pendant le séjour) : _____

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : _____

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : DE LA CMU D'UNE PRISE EN CHARGE S.S. À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

Je soussigné,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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____ Signature : _____

.....
.....

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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