

Centre de Loisirs Toussaint 2023

Inscriptions du 4 septembre au 4 octobre 2023

Merci de remplir le dossier intégralement en complétant les espaces manquants et cocher les cases appropriées
Uniquement pour les nouveaux inscrits qui n'ont pas fréquenté les centres de loisirs depuis l'été 2022 ou pour les familles ayant un changement de situation (justificatif obligatoire si CAF).

Attention, pour les enfants ayant fréquenté les centres de cet été, il est indispensable de remplir la première page ainsi que l'attestation.

▪ ENFANT :

NOM : _____ PRENOM : _____

AGE : _____ ans

Photo
Obligatoire

Type de repas : Sans viande Sans porc Pas de régime particulier
 Autre :

Attention, toute personne reprenant un enfant à la demande des parents devra être majeur et se présenter avec une pièce d'identité à l'animateur.

▪ INSCRIPTION :

Horaires : 8h30-17h30

Un accueil échelonné pourra être organisé sur demande des familles dès 7h30 sur le centre de loisirs.
Le soir, un accueil sera également proposé jusque 18h30.

Merci de cocher les cases correspondantes

CHOIX DU CENTRE DE LOISIRS :

- Allouagne (Ecole Dolto Monnet, rue Paul Vaillant Couturier)
- Hinges (Groupe Scolaire La Colline, rue des fusillés)
- Verquigneul (Ecole Marie-Paul Armand, sentier du château)

Ouverture du centre à la journée :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lundi 23 octobre | <input type="checkbox"/> Lundi 30 octobre |
| <input type="checkbox"/> Mardi 24 octobre | <input type="checkbox"/> Mardi 31 octobre |
| <input type="checkbox"/> Mercredi 25 octobre | |
| <input type="checkbox"/> Jeudi 26 octobre | <input type="checkbox"/> Jeudi 2 novembre |
| <input type="checkbox"/> Vendredi 27 octobre | <input type="checkbox"/> Vendredi 3 novembre |

▪ RENSEIGNEMENTS :

Mairie de Fouquières : 03.21.68.24.71

Service Jeunesse du SIVOM de la Communauté du Béthunois : 03-21-61-55-60 ou
service.jeunesse@sivom-bethunois.fr

▪ **TARIFS :**

		PETITES VACANCES	
		avec bon CAF	sans bon CAF
Fouquières les Béthune (3 à 13 ans)	Fouquiérois	16,00 € / jour	17,00 € / jour
	Enfant extérieur mais scolarisé à Fouquières les Béthune		26,00 € / jour
	Extérieur		40.00 € / jour

Le repas du midi et le goûter sont inclus ainsi que le prix de toutes les activités proposées.

Les aides de la CAF seront déduites par la commune.

▪ **DOCUMENTS A FOURNIR AU MOMENT DE L'INSCRIPTION :**

- Le dossier d'inscription complété et signé avec l'attestation
- La copie de l'assurance responsabilité civile (OBLIGATOIRE)
- La copie du carnet de santé (vaccinations) (OBLIGATOIRE)
- Un justificatif de domicile
- L'attestation d'aide aux loisirs remise par la CAF ou à défaut tout document de la CAF comportant le quotient familial. En l'absence d'aide aux loisirs merci de fournir une photocopie du livret de famille pour la déduction éventuelle pour la fratrie.
- Le règlement intérieur du centre de loisirs signé

AUTORISATIONS

➤ **AUTORISATION SPORTIVE :**

Je soussigné(e) _____ autorise mon enfant à pratiquer toutes les activités physiques et sportives qui seront proposées durant les Centres de loisirs.

Mon enfant : sait nager (distance : _____ mètres) ne sait pas nager

➤ **AUTORISATION DE DIFFUSION DE PHOTOGRAPHIES ET VIDEOS :**

J'autorise la diffusion de mon enfant individuellement ou en groupe :

-sur le site internet du SIVOM de la Communauté du Béthunois et des communes adhérentes

-sur le facebook du SIVOM de la Communauté du Béthunois et des communes adhérentes

-sur différents supports de communication (catalogue, journal, flyers...) du SIVOM de la Communauté du Béthunois et des communes adhérentes

En cas contraire, merci de cocher cette case

➤ **AUTORISATION SANITAIRE :**

Soucieux du bien-être et de la sécurité, le SIVOM de la Communauté du Béthunois propose d'utiliser un répulsif adapté pour protéger vos enfants des tiques lors des sorties en forêt, prairie, parcs... Pour pouvoir appliquer cette lotion, votre accord est indispensable :

J'autorise l'application d'un répulsif contre les tiques

Je n'autorise pas l'application d'un répulsif contre les tiques.

J'autorise l'assistant sanitaire à retirer le tique en cas de morsure

Je n'autorise pas l'assistant sanitaire à retirer le tique en cas de morsure

➤ **AUTORISATION DE SORTIE DU CENTRE :**

J'autorise mon enfant à repartir seul

Mon enfant peut être confié à _____ (présentation d'une pièce d'identité obligatoire).

FICHE RENSEIGNEMENTS (obligatoire)

ENFANT

NOM : _____ PRENOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____ LIEU DE NAISSANCE : _____ Dép : _____
ECOLE FREQUENTEE : _____ CLASSE SUIVIE : _____
VOTRE ENFANT BENEFICIE T-IL DE L'AIDE A LA VIE SCOLAIRE (AVS) Oui Non
ADRESSE : _____
CODE POSTAL : _____ VILLE : _____

FRATRIE _____ ; _____ ; _____ ; _____

PARENTS :

NOM / PRENOM DU PARENT : _____
Date de naissance : ____/____/____
ADRESSE : _____
Numéro de téléphone : _____
Email : _____@_____
PROFESSION : _____ TEL EMPLOYEUR : (_____)
NOM DE L'EMPLOYEUR : _____

NOM / PRENOM DU PARENT : _____
Date de naissance : ____/____/____
ADRESSE : _____
Numéro de téléphone : _____
Email : _____@_____
PROFESSION : _____ TEL EMPLOYEUR : (_____)
NOM DE L'EMPLOYEUR : _____

SITUATION FAMILIALE :

Célibataire Mariés Vie maritale Veuf Divorcés *

En cas de divorce, il est impératif de fournir une copie de la lettre de jugement déterminant le responsable légal de l'enfant. En l'absence de ce document, l'organisateur du séjour décline toute responsabilité. De plus, merci de nous communiquer l'adresse où nous devons envoyer la facture.

En cas de parents séparés mais exerçant conjointement l'autorité parentale sur leur enfant, l'inscription décidée par l'un des parents présume l'accord de l'autre parents à défaut d'une opposition expressément formulée par écrit par ce dernier.

FAMILLE D'ACCUEIL (le cas échéant)

NOM / Prénom : _____
ADRESSE : _____
Numéro de téléphone : _____ E mail : _____@_____

CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES :

CAF de (ville) : _____ N° Allocataire : _____ Quotient familial : _____

EN CAS D'URGENCE :

Nous contacterons directement les parents, mais nous aimerions obtenir les coordonnées d'une tierce personne dans l'hypothèse où les parents ne pourraient être joints :

NOM / PRENOM : _____
ADRESSE : _____ VILLE : _____
TEL DOMICILE : _____ TEL PORTABLE : _____

VACCINS :

En tant que responsable légal de mon enfant, je certifie que mon enfant est à jour de ses vaccins. (joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccinations.)

**Signature des parents
(précédée de la mention «et approuvé»)**

