

ACCUEIL DE LOISIRS
SANS HEBERGEMENT
DE FLOING

DU 8 JUILLET AU 16 AOUT 2024
POUR LES 3 - 12 ANS

OUVERTURE DE 8H30 A 16H30
ACCUEIL ECHELONNE DE 8H30 A 9H30 RETOUR 16H30

JUSQU'AU 2 AOUT GARDERIE POSSIBLE
DE 7H30 A 8H30 ET DE 16H30 A 18H00 (0.50€/DEMI-HEURE)

RESTAURATION POSSIBLE DE 11H30 A 13H30

ACTIVITES DIVERSES

TARIFS :

FLOING	5,00 €/JOUR	9,55 €/JOUR AVEC REPAS
EXTERIEUR	8,00 €/JOUR	12,55 €/JOUR AVEC REPAS

Possibilité d'aide financière par le CCAS, CAF, chèques loisirs pour les + de 11 ans

Les dossiers sont à télécharger sur le site www.villedefloing.com ou sur le blog de l'école.

INSCRIPTIONS A LA MAISON DES OISEAUX SUR RENDEZ -VOUS

Du lundi 03 juin au vendredi 7 juin 2024 sauf mercredi

Renseignements au 06/78/06/52/19

LES DOSSIERS INCOMPLETS OU DEPOSES EN MAIRIE SERONT REFUSES

INSCRIPTIONS

Le règlement est à effectuer à la semaine entière. Vous pouvez régler en espèces, chèques ou chèque loisirs (les chèques seront libellés à l'ordre du Trésor Public). Les inscriptions se feront dans l'ordre d'arrivée.

Inscription à la semaine obligatoire

En cas d'absence d'au moins 5 jours consécutifs, un remboursement est possible sur présentation certificat médical avant la fin de la semaine.

Les Tarifs :

Pour les résidents de Floing/	la journée sans cantine: 5,00 € la journée avec cantine: 9,55 €
Pour les extérieurs/	la journée sans cantine: 8,00 € la journée avec cantine: 12,55 €

Documents nécessaires pour l'inscription :

- carnet de santé (copie des vaccins)
- carte d'immatriculation à la Sécurité Sociale
- carte de mutuelle complémentaire
- attestation responsabilité civile
- chèques loisirs CAF (si bénéficiaire)
- attestation aide aux temps libre CAF (si bénéficiaire)

Documents nécessaires pour l'aide CCAS uniquement pour les enfants de Floing :

- attestation coefficient CAF

RECOMMANDATIONS PRATIQUES

Une collation est offerte aux enfants à 16 :00

Les enfants de moins de 6 ans seront repris à la fin de la journée par les parents ou une personne adulte nommément désignée par eux sur le bulletin d'inscription.

Dans tous les cas, il est recommandé aux parents de veiller aux déplacements de leurs enfants jusqu'au centre de loisirs.

Les enfants seront habillés de manière adaptée aux activités et à la météo (ex. bonnet de bain pour la piscine).

Les vêtements seront marqués.

Seules les baskets à semelles blanches sont autorisées pour l'accès au COSEC.

Aucun objet dangereux, ni de valeur ne doit être introduit. L'organisateur décline toutes responsabilités en cas de perte ou vol.

Votre enfant doit être assuré (contrat couvrant les dommages corporels auxquels il peut être exposé pendant les activités). Par ailleurs, la commune organisatrice souscrit un contrat d'assurance Responsabilité Civile.

Les projets éducatif et pédagogique sont consultables au centre de loisirs.

ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT
Vacances été 2024

Date ALSH : 08/07/24 au 12/07/24 15/07/24 au 19/07/24 22/07/24 au 26/07/24
29/07/24 au 02/08/24 05/08/24 au 09/08/24 12/08/24 au 16/08/24

Enfant moins de 6 ans

Avec repas sans repas Repas sans porc

Heures d'arrivée 8H30 9H30

Garderie au tarif de 0.50€ la demi-heure jusqu'au 2 août 2024 le matin le soir

NOM et prénom de l'enfant Garçon Fille

Date de naissance/...../..... **Lieu de naissance**

NOM et prénom du responsable légal

Adresse

Adresse mail :

Téléphone **Domicile**

Portable **Travail**

Employeur Père **Mère**

N° CAF **N° Sécurité Sociale**

Assurance Responsabilité civile individuelle :

Compagnie **N°** (Joindre une attestation)

Personnes à contacter en cas d'urgence

NOM **Prénom**

Tél. **OU**

NOM **Prénom**

Tél. **OU**

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant en plus du père ou de la mère

.....
.....

AUTORISATION DU RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

Je soussigné (e) responsable de l'enfant

- Autorise celui-ci à repartir seul de l'Accueil de Loisirs **OUI** **NON**

A Floing, le Signature

-Autorise gracieusement la publication d'images de mon enfant sur les supports de communication de la mairie

oui non

Je soussigné (e) responsable de l'enfant

. déclare avoir pris connaissance de l'organisation et du fonctionnement du service, je les approuve et m'engage à les respecter

. certifie que les renseignements portés sur le présent dossier sont exacts.

A Floing, le Signature



FICHE SANITAIRE DE LIASON
DOCUMENT CONFIDENTIEL
Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :
PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :
SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Table with 5 columns: VACCINATIONS OBLIGATOIRES, Oui, Non, DATES DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphtérie, Tétanos, Poliovirémie, Rubéole-Oreillons-Rougeole, Hépatite B, Pneumocoque, BCG, and Autres (préciser).

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : kg ; Taille : cm (Informations nécessaires en cas d'urgence)
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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES
MEDICAMENTEUSES
AUTRES (animaux, plantes, pollen) :
PRÉCISEZ

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.
Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS
Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR
Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :
TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :
TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :
TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :
TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :
Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :