

# FEUILLE D'INSCRIPTION ANNUELLE ALSH 2018/2019

<b>LIEU:</b> <input type="checkbox"/> MAISONNETTE <input type="checkbox"/> MPT	<b>QUOTIENT FAMILIAL:</b> ..... <b>N° D'ALLOCATAIRE:</b> ..... <b>RÉGIME D'APPARTENANCE:</b> <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> AUTRES	<b>AGE</b>   
<b>ENFANT</b> Nom et Prénom : ..... Né(e) le: ..... Adresse: ..... CP / Ville: ..... <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/> GARÇON		

<b>RESPONSABLE LEGAL</b>	
<u>PERE</u> Nom..... Prénom..... Adresse (si différente de l'enfant): ..... CP/Ville: ..... Tel: ..... <b>Email:</b> .....	<u>MERE</u> Nom..... Prénom..... Adresse (si différente de l'enfant): ..... CP/Ville: ..... Tel: ..... <b>Email:</b> .....
Autre personne à prévenir en cas d'urgence: ..... Tel: .....	

<b>DECHARGES ET AUTORISATIONS:</b>
Je soussigné(e) ..... responsable légal de l'enfant inscrit ci-dessus:
<input type="checkbox"/> <b>avoir pris connaissance du fonctionnement de l'ALSH et en accepte le règlement intérieur et les conditions d'annulation.</b>
<input type="checkbox"/> autorise la MPT à utiliser CAFPRO pour vérifier le quotient familial. En cas de refus, le tarif maximum sera appliqué
<input type="checkbox"/> dégage l'association de toute responsabilité en cas de vol ou de perte d'objets personnels (bijoux, cartes, jouets...)
<input type="checkbox"/> autorise mon enfant à participer aux sorties organisées par l'ALSH (piscine, forêt, camping ...)
<input type="checkbox"/> autorise la direction de l'ALSH à faire soigner notre enfant et à lui faire pratiquer les interventions chirurgicales nécessaires.
<input type="checkbox"/> s'engage à rembourser en retour les dépenses médicales que la M.P.T. peut être amenée à régler.
<input type="checkbox"/> s'engage à fournir les documents demandé par l'ALSH (certificats médicaux, photocopie vaccination, ...)
<input type="checkbox"/> autorise notre enfant à être photographié et filmé, sans but lucratif, dans le cadre de l'ALSH (site internet, presse...)
<input type="checkbox"/> Autorise les personnes suivantes à reprendre mon enfant (stipuler père-mère): .....
Autorise mon enfant à sortir seul de l'ALSH à la fin de celui-ci:   oui   non

<b>FICHE SANITAIRE:</b> Médecin traitant:.....   N° tel: .....
<input type="checkbox"/> <b>VACCINS:</b> Merci de fournir la photocopie du carnet de vaccination de votre enfant. Si les vaccins ne sont pas à jour, merci de fournir un certificat de non contre-indication.
<input type="checkbox"/> <b>TRAITEMENT:</b> si votre enfant prend un traitement médical merci de joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice)
<input type="checkbox"/> <b>ALLERGIES:</b> Votre enfant a-t-il des allergies (médicamenteuse, alimentaire, asthme.....)..... .....
<input type="checkbox"/> P.A.I fourni le .....
<b>PRÉCISER LA CONDUITE A TENIR EN CAS D'ALLERGIE:</b> .....
<input type="checkbox"/> <b>L'ENFANT A-T-IL UN RÉGIME ALIMENTAIRE</b> (sans porc, .....): .....
<input type="checkbox"/> <b>DIFFICULTES DE SANTÉ ET RECOMMANDATIONS</b> (lunettes, prothèse dentaire, crises convulsives, handicap.... ) .....
<input type="checkbox"/> déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'ALSH à prendre, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
Date : ..... à: ..... Signature : .....

**PAGE RESERVEE A L'ADMINISTRATION - NE PAS REMPLIR MERCI**

**TARIFS**  
 QF : .....  
 ADHESION: .....PAYEE LE: .....

PERISCO  
 Tarif carte de 20h : .....

**OBS:**

**CARTE DE 20 HEURES**  
 QF inf à 467: 21€  
 QF inf à 620: 26€  
 QF inf à 773: 31,80€  
 QF inf à 926: 37,60€  
 QF inf à 1079: 42,80€  
 QF sup à 1079: 48,20€

ALM journée       ALM DJAR       ALM DJSR  
 Tarif: .....

**OBS:**

JOURNEE	DJAR	DJSR
QF inf à 467: 7,90€	QF inf à 467: 6,35 €	QF inf à 467: 3,15€
QF inf à 620: 9,90€	QF inf à 620: 8,35 €	QF inf à 620: 5,15€
QF inf à 773: 11,55€	QF inf à 773: 9,15€	QF inf à 773: 5,95€
QF inf 926: 13,35€	QF inf 926: 9,95€	QF inf à 926: 6,75€
QF inf 1079: 15,10€	QF inf 1079: 10,90€	QF inf à 1079: 7,70€
QF sup 1079: 17,10€	QF sup 1079: 12,00€	QF sup à 1079: 8,75€

TOUSSAINT (22/10 au 02/11/2018)

Tarif /jour : .....	LU 22	LU 29
Nombre de jours: .....	MA 23	MA 30
.....	ME 24	ME 31
.....	JE 25	JE 01
aides: .....	VE 26	VE 02

**OBSERVATIONS**

FEVRIER (11 au 22/02/2019)

Tarif /jour : .....	LU 11	LU 18
Nombre de jours: .....	MA 12	MA 19
.....	ME 13	ME 20
.....	JE 14	JE 21
aides: .....	VE 16	VE 22

**OBSERVATIONS**

AVRIL (08 au 19/04/2019)

Tarif /jour : .....	LU 8	LU 15
Nombre de jours: .....	MA 9	MA 16
.....	ME 10	ME 17
.....	JE 11	JE 18
aides: .....	VE 12	VE 19

**OBSERVATIONS**

JUILLET (08/07 au 02/08/2019)

Tarif /jour : .....	LU 08	LU 15	LU 22	LU 29
Nombre de jours: .....	MA 09	MA 14	MA 23	MA 30
.....	ME 10	ME 17	ME 24	ME 31
.....	JE 11	JE 18	JE 25	JE 01
aides: .....	VE 12	VE 19	VE 26	VE 02

**OBS:**

AOÛT (05 au 30/08/2019)

Tarif /jour : .....	LU 05	LU 12	LU 19	LU 26
Nombre de jours: .....	MA 06	MA 13	MA 20	MA 27
.....	ME 07	ME 14	ME 21	ME 28
.....	JE 08	JE 15	JE 22	JE 29
aides: .....	VE 09	VE 16	VE 23	VE 30

**OBS:**

**FORFAIT CAMPING : 8€**

**CLUBS ADOS:**

.....  allocataire

.....  non allocataire

**CAMPS :**

.....  allocataire

.....  non allocataire