



Bulletin d'inscription  
ALSH d'Arts Scènes et Compagnie  
« La ferme des cerisiers – ALSH de l'été »  
pour les 6 à 12 ans  
La ferme des cerisiers, le bourg, 46400,  
**Saint Vincent-du-Pendit, Tel : 06.11.43.56.41**

**Partie à remettre au bureau d'Arts Scènes et Compagnie (Saint-Céré) avant la date de l'ALSH**

Je soussigné(e) Mme, M.....

Adresse : .....

Code Postale : ..... Commune .....

Mail : .....@.....

Téléphone : ..... Mobile .....

Souhaite inscrire mon (mes) enfant(s)

Fille/Fils.....Né(e) le.....

Fille/Fils.....Né(e) le.....

Joindre **justificatif du Quotient familial** et **attestation d'assurance extrascolaire**.

L'adhésion familiale annuelle de 17 € est nécessaire ( cette adhésion est valable de date à date )..

Droit à l'image

Droit au transport

J'atteste avoir lu et accepté le règlement intérieur du séjour ( le règlement est accessible sur le site web et présent sous forme papier sur les lieux ).

J'atteste avoir complété et signé la fiche sanitaire de liaison obligatoire.

Date et Signature des parents :

## Infos pratiques

### Le quotient familial:

Il permet de déterminer le tarif des séjours à Arts Scènes et Cie via ce tableau :

		La demi-journée	Forfait 10 demi-journées
QF < 430	Tarif A	4€	36
430 < QF < 850	Tarif B	5€	45
850 < QF < 1600	Tarif C	6€	54
1600 < QF	Tarif D	7€	63

Le QF est fournie par la Caf ou la MSA dans l'année courante, c'est un document demandé avec l'inscription pour justifier le tarif. Dans le cas précis où vous êtes inscrits à la Caf du Lot, le numéro d'allocataire est suffisant pour justifier votre QF. Si vous ne parvenez pas à obtenir ce document, il est possible de calculer manuellement le QF avec votre dernière déclaration de vos revenus ( que nous demandons en copie dans ce cas).

Si votre enfant arrive pour midi il est nécessaire de lui prévoir un pique nique, le goûter est offert. Le paiement s'effectue par courrier ou au bureau. Il est possible de payer en espèces, en chèque(s) et/ou en chèques vacances. Pour un paiement étalonné il suffit d'indiquer au dos de chaque chèque la date à laquelle vous souhaitez être débité.

Vous pouvez cocher ( à gauche le matin, à droite l'après-midi) les dates auxquelles vous pensez amener votre enfant, les journées en gris sont des journées de sorties, l'enfant ne peut pas venir pour la demi-journée :

Semaine 1				Semaine 2				
4 – juil	5 – juil	6 – juil	7 – juil	10 – juil	11 – juil	12 – juil	13 – juil	14 – juil
/	/	/	/	/	/	/		

Semaine 3					Semaine 4				
17 – juil	18 – juil	19 – juil	20 – juil	21 – juil	24 – juil	25 – juil	26 – juil	27 – juil	28 – juil
/	/	/	/	/	/	/	/	/	

Semaine 5	Semaine 1			
31- juil	1- août	2- août	3- août	4- août

Cadre réservé à l'administration			
Fiche sanitaire:			<input type="checkbox"/>
Attestation QF :			<input type="checkbox"/>
Paiement :	Échelonné <input type="checkbox"/>	En espèces <input type="checkbox"/>	En chèque(s) <input type="checkbox"/>
Chèques vacances :	Avec le dossier <input type="checkbox"/>	A venir <input type="checkbox"/>	Pas d'aides <input type="checkbox"/>
Attestation d'assurance extrascolaire :			<input type="checkbox"/>
Adhésion :	Déjà adhérent <input type="checkbox"/>	Nouvelle adhésion <input type="checkbox"/>	
		n°	
Dates des paiements échelonnés:			



**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 DENTAIRE, ETC... PRÉCISEZ.

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

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM.....  
ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....  
.....  
.....  
TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU :.....  
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date : Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

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

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

**OBSERVATIONS**

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