



Bulletin d'inscription  
ALSH d'Arts Scènes et Compagnie  
« La salle des fêtes de Frayssinhes – ALSH de Toussaint »  
du 23 au 27 octobre  
pour les 6 à 12 ans  
**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
QF < 430	Tarif A	4€
430 < QF < 850	Tarif B	5€
850 < QF < 1600	Tarif C	6€
1600 < QF	Tarif D	7€

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.

**Le rendez se fera au Lieu Commun, près de l'église entre 8h et 9h15, à 9h30 un bus viendra devant le collège Jean Lurçat pour nous emmener à la salle des fêtes de Frayssinhes, là où se déroulera les animations. Le retour se fera à 17h de Frayssinhes pour une arrivée à 17h30 au collège Jean Lurçat et retour au Lieu commun jusqu'à 19h.**

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"/>	
Dates des paiements échelonnés:			



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

DATES ET LIEU DU 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 ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Table with 5 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATES DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT polio, Ou Tétracoq, BCG and Hépatite B, Rubéole-Oreillons-Rougeole, Coqueluche, Autres (préciser).

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 ?

Table with 5 columns and 2 rows for diseases: RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ, SCARLATINE; COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS. Each cell contains 'OUI' and 'NON' checkboxes.

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)

Series of horizontal dotted lines for providing details on allergies and medical management.

**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.

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

**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**

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