

Mairie d'Echenevex



INSCRIPTION V A C A N C E S O C T O B R E
2024

A retourner sur la boîte mail :
centrelouisirs@echenevex.fr

**Inscription pour les familles
n'ayant pas accès au portail famille**

VACANCES OCTOBRE 2024

Nom-Prénom :

Date de naissance :

Classe fréquentée cette année scolaire :

Date de retour par mail (réservé à la mairie):

Photo
(facultatif)

Pièces justificatives :

- 1 Fiche d'inscription 2023-2024 par enfant
- 1 Fiche sanitaire de liaison vierge
- Copie du PAI (Protocole d'accueil individualisé) **Si l'enfant à des allergies, etc...**
- 1 RIB (si c'est votre 1ère demande de prélèvement ou si vos coordonnées bancaires ont changé)
- Attestation d'assurance responsabilité civile et individuelle accidents 2023/2024
- Dernier avis d'imposition **des deux parents.**
- Copie du livret de famille (parents et enfants)
- Si parents séparés, justificatif d'attribution du droit de garde exclusif et extrait de jugement de divorce le cas échéant

Inscriptions

Du 30 SEPTEMBRE au 4 OCTOBRE (commune d'Echenevex)

Du 7 au 11 OCTOBRE (toutes les communes)

Tout dossier incomplet ou hors délais ne sera pas prioritaire.

Nom-Prénom :

OCTOBRE 2024

Veillez cocher les jours de réservations souhaités.

(Nous pourrions les accepter sous réserve de places disponibles).

Du 21 au 25 Octobre 2024:

Thème : -6ans : « Couleurs d'Automne »

+6ans : « Un incroyable Talent »

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

Du 28 Octobre au 1^{er} Novembre : *(Attention, nous serons fermés le Vendredi 01/11):*

Thème : -6ans : « Coco »

+6ans : « La semaine de la peur »

Lundi Mardi Mercredi Jeudi ***Férié le Vendredi 1^{er} Novembre***

MODE DE PAIEMENT SOUHAITÉ

ou Par prélèvement mensuel automatique

Aviez-vous déjà choisi ce mode de paiement l'année dernière ? OUI NON

(Merci de fournir un RIB si c'est votre 1ère demande de prélèvement ou si vos coordonnées bancaires ont changé)

Par chèque directement au trésor publique

Facturation au nom et adresse : Parent 1 ou Parent 2

Parent 1

Nom

Prénom:

ADRESSE :

.....

Adresse électronique :

Parent 2

Nom et prénom :

.....

ADRESSE :

.....

Adresse

électronique :

Autorisations :

Je soussigné M., Mme autorise ma fille, mon fils à participer aux différentes sorties extérieures organisées par le centre de loisirs.

Je soussigné M., Mme autorise la commune d'Echenevex à photographier ou filmer ma fille, mon fils et à utiliser ces films/photos dans le cadre de publications municipales.

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieurs du centre de loisirs et m'engage à les respecter.

J'ai pris connaissance qu'il n'y a plus de factures papier, celles-ci seront disponible sur le portail famille.

DATE : / /

Signature

Tarifs

Habitants d'Echenevex :

CATÉGORIE	QUOTIENT	Journée mercredi et vacances	½ journée + repas (mercredi)
T	0 à 500	9,44 €	5,06 €
A	501 à 800	15,01 €	10,50 €
B	801 à 1 334	20,18 €	18,74 €
C	1 335 à 1 944	27,23 €	19,77 €
D	1 945 et +	33,38 €	24,95 €

Habitants d'Echenevex avec PAI (panier-repas) :

CATÉGORIE	QUOTIENT	Journée mercredi et vacances	½ journée + repas (mercredi)
T	0 à 500	6,29 €	3,37 €
A	501 à 800	11,86 €	8,30 €
B	801 à 1 334	17,03 €	15,81 €
C	1 335 à 1 944	24,08 €	17,48 €
D	1 945 et +	30,23 €	22,60 €

Extérieur :

CATÉGORIE	QUOTIENT	Journée mercredi et vacances	½ journée + repas (mercredi)
T	0 à 500	14,14 €	6,18 €
A	501 à 800	20,40 €	12,83 €
B	801 à 1 334	28,56 €	22,91 €
C	1 335 à 1 944	35,70 €	24,16 €
D	1 945 et +	40,80 €	30,50 €

Extérieur avec PAI (panier-repas) :

CATÉGORIE	QUOTIENT	Journée mercredi et vacances	½ journée + repas (mercredi)
T	0 à 500	10,99 €	4,81 €
A	501 à 800	17,25 €	10,85 €
B	801 à 1 334	25,41 €	20,38 €
C	1 335 à 1 944	32,55 €	22,03 €
D	1 945 et +	37,65 €	28,14 €



FICHE D'INSCRIPTION

2024-2025

ENFANT	
Identité	Photo (*)
Nom :	
Prénom :	
Sexe :	
Naissance :	
Lieu de naissance :	

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE
Assureur :
Numéro d'assurance :

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Profession :	Profession :
Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)	Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)
Date de naissance : :	Date de naissance : :
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	Type : Père / Mère / Autre (Précisez)
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :
Tél. Pro. :	Tél. Pro. :

PERSONNES A CONTACTER**Contacts existants**

Je souhaite garder les personnes autorisées l'année dernière à récupérer mon/mes enfants cette année
(voir sur portail famille) : oui / non

Nouveaux contacts			
Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : oncle / tante / voisins / autres (précisez)		Type : oncle / tante / voisins / autres (précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : oncle / tante / voisins / autres (précisez)		Type : oncle / tante / voisins / autres (précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	
Autorisations	Réponse
Partir seul : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche).	OUI / NON
Prise de photo : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.	OUI / NON
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	OUI / NON
Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant	OUI / NON

Appareillage	Réponse
Lunettes : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?	OUI / NON
Appareil dentaire : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?	OUI / NON
Appareil auditif : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI / NON

Handicap	Réponse
Handicapé : Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?*	OUI / NON

Données complémentaires

* Si oui, merci de fournir en annexe l'attestation MDPH : (+commentaire si besoin) :

ATTESTATION

Nous soussignés (*)

responsables légaux de l'enfant (*)

- certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,
- nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

Responsable 1 (*)		Responsable 2	
Fait à :		Fait à :	
Date :		Date :	
Signature :		Signature :	

* A remplir obligatoirement

Pourquoi l'avis d'imposition est obligatoire ?

Les inscriptions 2024-2025 seront traitées de manière à pouvoir extraire les données de façon anonymes des foyers inscrits aux services, et d'envisager une restructuration de la grille tarifaire et des différentes catégories de quotient familial. L'objectif étant de pouvoir être au plus près des réalités socioéconomiques des familles bénéficiant des services.



FICHE SANITAIRE DE LIAISON	1 – ENFANT NOM : _____ PRÉNOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____ GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	--

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).

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				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 ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				

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)

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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS
