M.A.J.E. L'île ô Frimousses
5 bis rue du Château
71270 PIERRE de BRESSE
***Tél.* 03 85 72 89 38**

SERVICE ENFANCE JEUNESSE
5 rue du Château
71270 PIERRE de BRESSE
***Tél.* 03 85 72 80 84 ou 06.45.43.09.80.**

Madame, Monsieur,

L'inscription de votre enfant peut se faire par correspondance, pour cela veuillez remplir les fiches jointes et fournir toutes les pièces demandées. **En cas de dossier incomplet, l'inscription de votre enfant ne sera pas prise en compte.**

Pièces à fournir :

- **fiche « inscription Accueil de loisirs »** *(à compléter pour la première inscription de l'année)*
- **fiche sanitaire à faire pour chaque centre** (à remplir recto verso, pas besoin de remplir la partie vaccination)
- **photocopie des vaccins** (pour une première inscription ou en cas de changement)
- **attestation d'assurance responsabilité civile ou extra scolaire**
- **règlement à l'ordre du Trésor Public, encaissement dès réception:**
  Chèque vacances A.N.C.V., chèque bancaire, espèces,
  Chèque C.E.S.U (seulement pour l'accueil de loisirs maternel)

Inscription avant le 31 janvier (les places sont limitées)

Rappel des horaires 9h00 à 17h00
(garderie 8h30 à 9h00 et 17h00 à 17h30)

Pour les enfants de 3 à 6 ans, MAJE 5 bis rue du Château 712700 Pierre de Bresse :

Journée avec repas	15,70€
Demi-journée matin avec repas	8,25 €
Demi-journée sans repas	5,23 €
Supplément activité (journée dans le jura)	5,79 €

Pour les enfants de 6 à 11ans, Maison Municipale rue des Potiers 71270 Pierre de Bresse :

Journée avec repas	15,70 €
Supplément activité (journée dans le jura)	5,79 €

Pour les enfants de 12 à 17ans, local jeune pour les activités sur place, Maison Municipale pour les sorties :

Journée avec repas	15,70 €
Supplément sortie bowling/lasergame et sortie « neige »	5,79 €

Les tarifs seront dégressifs en fonction du quotient familial du responsable légal (voir au verso).
Si votre quotient familial au 01/01/2019 est égal ou inférieur à 1000, prenez contact avec la directrice pour connaître les tarifs qui vous seront appliqués.

Céline CORNOT
Directrice des Accueils de Loisirs

Les tarifs pourront être dégressifs en fonction du quotient familial du responsable légal.

	QUOTIENT FAMILIAL au 01/01/2019 (caf 71)						
	≤ 500	501 ≤ 600	601 ≤ 655	656 ≤ 720	721 ≤ 810	811 ≤ 1000	≥ 1001
demi-journée sans repas A.L.M.	2,07 €	2,48 €	2,98 €	3,57 €	4,29 €	5,14 €	5,23 €
matin avec repas A.L.M.	5,09 €	5,50 €	6,00 €	6,59 €	7,31 €	8,16 €	8,25 €
journée avec repas ALM / ALSH	6,20 €	7,44 €	8,93 €	10,71 €	12,86 €	15,43 €	15,70 €
supplément sortie exceptionnelle ALM / ALSH (neige)	2,28 €	2,74 €	3,29 €	3,95 €	4,74 €	5,69 €	5,79 €
journée avec repas ADOS	15,43 €						15,70 €
supplément sortie ADOS (bowling/ lasergame, neige)	5,79 €						5,79 €
mini camps ADOS 3 jours	63,66 €						64,47 €

ANNEE 2019
Accueil de Loisirs Sans Hébergement (6 à 11 ans)

Nom, prénom du père : ..... Profession :.....

Adresse : .....
.....

Nom, prénom de la mère : ..... Profession :.....

Adresse : (si différente de la première) .....
.....

N° sécurité sociale :.....

Numéro allocataire C.A.F, M.S.A ou autre :.....

☐ **C.A.F.** ☐ **M.S.A** ☐ **autres :** .....

Quotient familial (01/01/2019) : (ne pas remplir)

Téléphone domicile: .....
Téléphone portable et/ou travail (père) :.....
Téléphone portable et/ou travail (mère) :.....
Courriel :.....

Nom et adresse de facturation : .....

Renseignements sur l'enfant :

Nom :..... prénom : .....

Date de naissance : .....

Autorisation à quitter l'accueil de loisirs avec : .....
.....
Nom d'une personne à prévenir en cas d'urgence ..... N° tel :.....

☐ Autorise mon enfant à partir seul de l'accueil de loisirs (pour les enfants de plus de 10 ans)

Autorisation à prendre le ramassage de l'accueil de loisirs:
Autorise mon enfant à prendre le bus de ramassage et à descendre à l'arrêt de : .....
Il sera accueilli par : .....
Dans le cas où la personne désignée n'est pas présente pour accueillir mon enfant à la descente du bus, l'enfant sera reconduit au centre.

☐ Autorise mon enfant à partir seul dès la descente du bus (pour les enfants de plus de 10 ans)

Je soussigné(e) .....
- atteste avoir pris connaissance du projet pédagogique,
- atteste avoir pris connaissance du contenu du règlement intérieur et s'engage à le respecter,
- autorise mon enfant à participer aux différentes activités de l'accueil de loisirs,
- autorise mon enfant à être pris en photo (ou film) par l'équipe d'animation ou la presse (sous la responsabilité du journaliste). Les photos pourront être diffusées lors du bilan annuel ou dans les revues communales.

A Pierre de Bresse, le .....Signature :

INSCRIPTION A.L.S.H. (6 à 11 ANS) **Hiver 2019**

Nom de l'enfant : .....

Prénom de l'enfant :.....

N° ALLOCATAIRE C.A.F. : .....
si autre régime le préciser en indiquant votre numéro de ressortissant : .....

Période d'ouverture : du lundi 18 février au vendredi 22 février 2019

	Hiver 2019				
	L	M	Me	J	V
	18	19	20	21	22
jour d'inscription					
arret bus: matin					
soir					**Pas de bus**
Garderie matin 8h30 à 9h00					
soir 17h00 à 17h30					**pas de garderie**

L'inscription aux activités et/ou sorties exceptionnelles nécessite que l'enfant soit inscrit au moins deux autres jours dans la semaine.

Je soussigné(e) .....
autorise mon enfant à participer aux différentes activités de l' accueil de loisirs

Autorisation à prendre le ramassage de l'accueil de loisirs :
Autorise mon enfant (ou mes enfants) à prendre le bus de ramassage
et à descendre à l'arrêt de : .....
Il sera accueilli par : .....
Dans le cas où la personne désignée n'est pas présente pour accueillir mon (ou mes) enfant(s) à la descente du bus l'enfant sera reconduit à l'accueil de loisirs.

☐ autorise mon enfant à partir seul (pour les enfants de plus de 10 ans)

autorise mon (ou mes enfants) à participer aux activités extérieures :

vendredi 22 février 2019 : sortie dans le Jura (les sorties peuvent être modifiées en cas de mauvais temps, d'intervenant malade…)

Retour prévu à 19h00
Pas de bus de ramassage le soir

Parc Polaire et luge à Chaux Neuve pour les plus jeunes à partir de 6 ans
ski de fond pour les plus grands qui n'iront pas à la balade à cheval (maxi 20 enfants)
balade à cheval dans la neige à Chaux Neuve pour 7 enfants nés à partir de 2008

Prévoir une tenue adaptée à l'activité (botte de neige, gants, combinaison de ski…)

Attention : en fonction du nombre d'enfant inscrit à l'activité, la répartition des tranches d'âges pourra être modifiée.
(seront pris en compte le mois et le jour de naissance de l'enfant)

Pour tous renseignements, contacter Céline Cornot au 03.85.72.80.84.

A Pierre de Bresse, le .....

Signature

paiement par chèque ☐ **espèces** ☐ **chèque vacances ANCV** ☐

encaissement des règlements dès réception de l'inscription

COMMUNAUTE DE COMMUNES DU CANTON DE PIERRE DE BRESSE

RAMASSAGE ACCUEILS DE LOISIRS

Transporteur TRANSARC CREDOZ

CIRCUIT 1

		MATIN	SOIR
		Arrivée Car	Arrivée Car
MOUTHIER EN BRESSE	Place Monument	08h17	17h43
BELLEVESVRE	Face Boulangerie	08h24	17h36
UTRE	parking Rue de la Quesse "intersection"	08h31	17h29
AUTHUMES	Arrêt Car Mairie/Eglise	08h42	17h18
FRETTERANS	le bourg - arret car	08h50	17h10

CIRCUIT 2

		MATIN	SOIR
		Arrivée Car	Arrivée Car
POURLANS	Arrêt Car devant Ecole	08h19	17h37
FRONTENARD	Arret Car	08h33	17h23
CHARETTE VARENNES	Arrêt Car	08h41	17h16
LAYS SUR LE DOUBS	Arrêt de car - rue Bourg	08h51	17h06

CIRCUIT 3

		MATIN	SOIR
		Arrivée Car	Arrivée Car
ST BONNET EN BRESSE	Parking face Bistrot	08h12	17h45
LA RACINEUSE	Arrêt Car Eglise	08h21	17h36
DAMPIERRE EN BRESSE	Mairie	08h31	17h26
LA CHAUX	Arrêt Car Eglise face Foyer Rural	08h44	17h13
LA CHAPELLE ST SAUVEUR	Arret Car	08h50	17h07

Les horaires de bus peuvent être modifiés dans le cas où aucun enfant ne serait inscrit sur une commune. (dans le cas d'un changement, nous vous informerons)

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

N° 10008*02

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).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑
COQUELUCHE	**OTITE**	**ROUGEOLE**	**OREILLONS**	
OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	

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.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dupuis 01 64 65 30 00