

CLSH /PERISCOLAIRE DU MERCREDI

DOSSIER ADMINISTRATIF UNIQUE 2024

La constitution du dossier 2024 est un préalable obligatoire à l'inscription des enfants, aux CLSH organisés par le SIVOM « Balcons des Sources » ainsi que pour le périscolaire du mercredi matin.

Il convient de réactualiser votre dossier administratif chaque année civile.

Après votre inscription administrative, il vous suffit :

- **Pour le CLSH : De réserver les périodes de vacances auprès de la responsable Mme Clémence YARECKI, via le formulaire d'inscription qui sera diffusé sur ONE avant chaque période.**
- **Pour les mercredis : De réserver les dates via le formulaire distribué à l'école avant chaque période.**

L'inscription implique l'acceptation sans réserve du règlement interne « CLSH » et périscolaire.

Tarifs 2024 CLSH

FAMILLES DOMICILIEES SUR LE TERRITOIRE DU SIVOM	
QUOTIENT FAMILIAL < A 630 €	QUOTIENT FAMILIAL > A 630 €
40 € / semaine *	55 € / semaine *
FAMILLES DOMICILIEES HORS TERRITOIRE DU SIVOM	
75 € / semaine *	90 € / semaine *

IMPORTANT

Le Quotient Familial pris en compte pour la facturation est le montant transmis le jour de la 1ère inscription au cours de l'année civile. Toute évolution du Quotient Familial en cours d'année, sera prise en compte seulement si la famille fait la démarche d'en informer le SIVOM. La prise en compte de ce quotient sera à la date de transmission et ne pourra être rétroactive.

Cantine – 5,40 € le repas (cantine et garderie après le repas) et 7.40 € pour les enfants hors territoire du SIVOM.

Garderie matin et soir – 0.50 € la ½ heure - 0.30 la ½ heure si quotient familial inférieur à 630 €

Mini-camp (en supplément de la semaine) : 20 € les 4 jours

TARIFS 2024 MERCREDI MATIN

> Quotient familial inférieur à 630 € : 3 € la matinée (*)

> Quotient familial supérieur à 630 € : 3.50 € la matinée (*)

(*) A cela s'ajoutent les frais éventuels de garderie

Pour la garderie, les tarifs sont identiques que le périscolaire soit 0.70 € la ½ heure. La facturation s'effectue par période.

DOCUMENTS A FOURNIR

- La fiche de renseignements,
- Les deux autorisations parentales,
- La fiche sanitaire,
- La notification CAF « aide aux temps libres » (si quotient familial inférieur à 630 €)
- Une attestation assurance scolaire/extrascolaire
- Un justificatif de domicile de moins de 3 mois (pour les enfants non scolarisés dans une école du SIVOM)

PLANNING 2024 CLSH

DATES	THEME	TRANCHE D'AGES	PERIODE D'INSCRIPTION
DU 26 FEVRIER AU 01 MARS	LES COULEURS	3/10 ANS	06 et 08 février
DU 22 AVRIL AU 26 AVRIL	DISNEY	3/10 ANS	02 et 04 avril
DU 8 JUILLET AU 02 AOUT	LES JEUX SPORTIFS DE FLIZE	3/16 ANS	15 mai et 18 mai
DU 21 AU 25 OCTOBRE	HALLOWEN	3/10 ANS	8 octobre

- *Sous réserve de modification du calendrier scolaire*
- *Le CLSH est fermé les jours fériés*
- *Les inscriptions seront validées par ordre d'arrivée*

Un document complémentaire est nécessaire avant chaque période concernée, en remplissant une fiche d'inscription aux dates définies ci-dessus.

PLANNING 2024 – ACCUEIL DU MERCREDI

DATES	THEME
DU 13 MARS AU 17 AVRIL	DESSINS ANIMES
DU 15 MAI AU 3 JUILLET	LES METIERS




FICHE DE RENSEIGNEMENTS
Cette fiche est valable du 01/01/2024 au 31/12/2024

IDENTITE DE L'ENFANT




Nom :Prénom :
Sexe : M ou F
Date de naissance : Lieu de naissance :
Adresse complète :

IDENTITE DES PARENTS





Responsable 1

Nom :
Prénom :
Adresse :
.....
 Domicile :
 Portable :
 Travail :

Responsable 2

Nom :
Prénom :
Adresse :
.....
 Domicile :
 Portable :
 Travail :

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'ABSENCE DU RESPONSABLE

Nom, Prénom :Lien avec la famille :
 : Domicile :  : Portable :
Nom, Prénom :Lien avec la famille :
 : Domicile :  : Portable :

REGIME

CAF

MSA

N° allocataire CAF ou MSA

Votre n° d'allocataire nous permet de consulter votre dossier nécessaire à l'exercice de notre mission via un service internet à caractère professionnel. Conformément à la loi du 6 janvier relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, nous vous rappelons que vous pouvez vous opposer à la consultation de ces informations en nous contactant. Dans ce cas, il vous appartient de nous fournir les informations nécessaires au traitement de votre dossier.

AUTORISATION PARENTALE

Cette autorisation est valable du 01/01/2024 au 31/12/2024

Je soussigné(e) :

Responsable(s) légal(aux) de :

✦ Autorise mon enfant à partir seul de l'accueil de loisirs

Oui

Non

✦ Autorise les personnes suivantes à récupérer mon enfant

.....(lien avec la famille)

.....(lien avec la famille)

✦ Autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées dans le cadre d'activités encadrées

✦ Autorise le transport de mon enfant au cours des activités : en autocar, à pied ou à vélo

✦ Autorise toutes diffusions publiques, par le SIVOM, de l'image, du son et de l'écrit (site internet, reportage, article journal...) de mon enfant lors du séjour ALSH ou l'accueil du mercredi.

Oui

Non

✦ Autorise la direction de l'ASLH et du SIVOM, à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant sur conseil médical : traitement et hospitalisation.

Fait à le / /

Signature du responsable légal

FICHE SANITAIRE 2024

L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Sexe : Féminin Masculin

Établissement scolaire fréquenté :

Classe : _____

VACCINATIONS

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Obligatoires (enfants nés après 2018)

Diphtérie* ____ / ____ / ____ Coqueluche ____ / ____ / ____

Tétanos* ____ / ____ / ____ Haemophilus ____ / ____ / ____

Poliomyélite* ____ / ____ / ____ Pneumocoque ____ / ____ / ____

Rougeole Oreillon Rubéole ____ / ____ / ____

(*) Rappel à 6 ans et entre 11 et 13 ans

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Poids : _____ Taille : _____

Suit-il un traitement médical ? Oui* Non

(*) Si oui, joindre une ordonnance récente

AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ

Votre enfant présent-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?

Oui Non

Précisez :

Fait-il l'objet d'un P.A.I. ? Oui Non

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Votre enfant porte : des lunettes des lentilles des prothèses auditives un appareil dentaire

autres, précisez : _____

Nom du médecin traitant : _____ Tel: _____

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom : _____ Prénom : _____

Tel : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Tel : _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant

- certifie exact l'ensemble des renseignements portés sur cette fiche et m'engage à signaler toutes modifications,

- autorise le ou la responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de santé de l'enfant.

Fait à le/..../.....

Signature du responsable légal