



DOSSIER D'INSCRIPTION
ACM 6 / 12 ANS
2024 / 2025

Nom et prénom de l'enfant : _____

Date de naissance : / / *Age :* _____

Nom et prénom du Responsable légal : _____

Adresse : _____

Courriel : _____ *N° de portable :* / ... / / / /

N° Sécurité sociale :

N° CAF : *QUOTIENT :*

REGIME ALIMENTAIRE DE L'ENFANT :

Classique ☐

Classique sans porc ☐

Végétarien ☐

Pièces justificatives (copies à fournir) obligatoirement :

- ☐ Carte d'identité de l'enfant
- ☐ Carte d'identité du Responsable Légal
- ☐ Attestation CAF du mois d'avril
- ☐ Carnet de santé de l'enfant

ATTENTION

La carte de bus est obligatoire pour que votre enfant puisse participer aux activités extérieures (celle-ci est gratuite auprès de Ilévia)

MODALITES D'INSCRIPTION :

Pour les mercredis plusieurs possibilités vous sont proposées.

- * 9h00-12h15 (matin sans repas).
- * 9h00-13h15 (matin avec repas).
- * 13h15-17h00 (après midi sans repas)
- * 12h15-17h00 (après midi avec repas).
- * 9h00 à 12h15 et de 13h15 à 17h00 (journée sans repas).
- * 9h00 à 17h00 (journée avec repas).

Barème tarifaire des mercredis en fonction du quotient familial :

QF	Tarif journée (Avec repas)	Tarif journée (Sans repas)	Matin (Avec repas)	Matin (Sans repas)	A. Midi (Avec repas)	A. Midi (Sans repas)
0-369 €	2.00€	1.75€	1.€	0.75€	1.25€	1.00€
370-499 €	2.50 €	2.20 €	1.25€	0.95 €	1.55 €	1.25 €
500 € et +	3.00 €	2.65 €	1.50€	1.15 €	1.90€	1.55 €

Pour les vacances deux possibilités vous sont proposées :

- Soit directement pour toute la période concernée.
- Soit à la journée pour le nombre de jours souhaités.

La possibilité vous est donnée de choisir avec ou sans repas.

- * de 9h00 à 17h00 (journée avec repas).
- * de 9h00 à 12h15 et de 13h15 à 17h00 (journée sans repas).

Barème tarifaire des vacances en fonction du Quotient Familial :

QF	Tarif journée (Avec repas)	QF	Tarif journée (Sans repas)
0-369 €	2.00€	0-369 €	1.75€
370-499 €	2.50 €	370-499 €	2.20 €
500 € et +	3.00 €	500 € et +	2.65 €

***Le paiement est dû à l'inscription de l'enfant, sous réserve de place disponible.
Aucun remboursement ou report ne sera effectué en cas d'absence.***

EXTRAIT DU REGLEMENT INTERIEUR DE L'ACCUEIL DE LOISIRS

Les objets dangereux (canifs, ciseaux, etc...) sont interdits dans le centre.

En cas de perte ou de vol d'objets de valeur, Tablette, Téléphone portable, etc., **la responsabilité incombe aux parents.**

Tous comportements irrespectueux envers les autres enfants, les animateurs, le personnel du centre social, le matériel, les locaux, feront l'objet d'une sanction immédiate (exclusion provisoire voire définitive du centre) et les parents informés.

Il est recommandé aux parents de marquer les vêtements de leurs enfants.

Les activités sont susceptibles d'être publiées par tous types de moyens audio-visuels (Facebook, journaux, TV, photos, son, vidéo, etc...). Autorisez-vous à faire usage de ces productions dans le cadre des activités de votre enfant : ☐ OUI ☐ NON

Date :

Signature du responsable légal :

Signature de l'enfant :



Avec le soutien financier de la CAF, de la Ville de Roubaix et du Département

Fiche Sanitaire de Liaison de l'enfant

NOM : -----

Date de Naissance : -----

Prénom : -----

Sexe* : Garçon Fille

2- VACCINATIONS *(se référer au carnet de santé ou au certificat de vaccinations de l'enfant)*

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication
(Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication)

- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

• Si l'enfant suit un traitement médical durant la semaine, joindre l'ordonnance et les médicaments
Correspondants *(boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant)*

• L'enfant va-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

☐ Rubéole

☐ Otite

☐ Rhumatisme articulaire aigu

☐ Coqueluche

☐ Angine

☐ Oreillons

☐ Varicelle

☐ Rougeole

☐ Scarlatine

• Allergies : Asthme, Alimentaires Médicamenteuses Autres etc...

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 lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires

5- MEDECIN TRAITANT : Nom / Adresse / Téléphone :

Je soussigné, déclare exacts les renseignements portés ci-dessus et :

☐ Autorise le centre social Basse Masure à prendre toutes mesures jugées utiles en cas d'accident

☐ Certifie que mon enfant ne fait l'objet d'aucune contre-indication médicale à la pratique de toute activité sportive

☐ Certifie que mon enfant ne fait l'objet d'aucune contre-indication médicale alimentaire

Date & Signature