

# DOSSIER INSCRIPTION AUX TEMPS EXTRASCOLAIRES – MERCREDIS ET VACANCES

ACCUEIL DE LOISIRS DE BRAX

2022-2023



## Accueil de loisirs MERCREDI - VACANCES

La Mairie met à la disposition des familles un accueil de loisirs les mercredis en période scolaire et pendant les vacances scolaires du lundi au vendredi, dès 7h30 le matin et jusqu'à 18h30 le soir.

### INFOS PRATIQUES

DIRECTRICE : Clémence NEGRE      Adjoint : Jordan POMME

Téléphone : 06.72.76.08.23

[alsh@brax47.fr](mailto:alsh@brax47.fr)

Tarifs applicables au 1<sup>er</sup> septembre 2022, modulables en fonction du coefficient familial (QF).

**Les inscriptions sont à déposer dans les meilleurs délais  
à l'accueil de la mairie ou par mail à [alsh@brax47.fr](mailto:alsh@brax47.fr)**

## CADRE RESERVE AU SERVICE

Dossier reçu le .....

QF : .....

- Assurance extrascolaire
- Fiche sanitaire de liaison
- Notification CAF/MSA
- Pages carnet de vaccination

**ATTENTION** : ces documents doivent impérativement être joints au dossier

## ENFANT

Sexe :  Féminin  Masculin

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance : .....

Ecole fréquentée : ..... Classe 2022-2023 : .....

Mon enfant fréquente aussi le Périscolaire

Adresse de l'enfant (si différente) :

## RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT

RESPONSABLE 1

Père  Mère  Tuteur Responsable

Situation familiale :  marié(e)/ vie maritale  célibataire  séparé(e)  veuf(ve)

Autorité parentale :  OUI  NON

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. domicile : ..... Tél. portable : .....

Mail : .....@..... (Infos ateliers, facturation, correspondance ENT...)

Employeur : ..... Tél. professionnel : .....

N° Allocataire (obligatoire) : ..... Régime  CAF  MSA

RESPONSABLE 2

Père  Mère  Tuteur Responsable

Situation familiale :  marié(e)/ vie maritale  célibataire  séparé(e)  veuf(ve)

Autorité parentale :  OUI  NON

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. domicile : ..... Tél. portable : .....

Mail : .....@..... (Infos ateliers, facturation, correspondance ENT...)

Employeur : ..... Tél. professionnel : .....

N° Allocataire (obligatoire) : ..... Régime  CAF  MSA

## TARIFS - FACTURATION

Coordonnées de la facturation : RESPONSABLE 1    RESPONSABLE 2

Nous vous rappelons que tous les règlements sont à effectuer :

- En espèces auprès de la Trésorerie Municipale d'Agen
- Par chèque à l'adresse fournie avec l'Avis des sommes à payer

Le tarif maximum sera appliqué si les renseignements nécessaires ne sont pas fournis.

	<b>Accueil de loisirs de Brax</b>	<b>Tarifs 2022</b>	
		<b>Enfants de Brax et des communes conventionnées</b>	<b>Enfants de communes non conventionnées</b>
<b>Accueil de loisirs <u>avec</u> restauration</b>			
QF mensuel: 0 à 350	la journée	3,12 €	22,12 €
QF mensuel: 351 à 705	la journée	3,73 €	22,73 €
QF mensuel: 706 à 900	la journée	7,05 €	26,05 €
QF mensuel: 901 à 1200	la journée	8,18 €	27,18 €
QF mensuel: 1201 à 1500	la journée	9,66 €	28,66 €
QF mensuel: 1501 et plus	la journée	12,32 €	31,32 €
<b>Accueil de loisirs <u>sans</u> restauration</b>			
QF mensuel: 0 à 350	la 1/2 journée	2,20 €	21,20 €
QF mensuel: 351 à 705	la 1/2 journée	3,02 €	22,02 €
QF mensuel: 706 à 900	la 1/2 journée	4,66 €	23,66 €
QF mensuel: 901 à 1200	la 1/2 journée	4,96 €	23,96 €
QF mensuel: 1201 à 1500	la 1/2 journée	5,36 €	24,36 €
QF mensuel: 1501 et plus	la 1/2 journée	8,28 €	27,28 €
<b>Participation sorties, spectacles (coût/enfant &gt; 8€)</b>			
QF mensuel: 0 à 705	Participation forfaitaire supplémentaire	2,30 €	2,30 €
QF mensuel: 706 et plus	Participation forfaitaire supplémentaire	4,61 €	4,61 €

En ce qui concerne les familles relevant du régime de la MSA, une attestation « bon vacances temps libre » devra être fournie.

Les parents qui n'auront pas fourni leur numéro d'allocataire ou qui n'auront pas renseigné les services de la CAF ou de la MSA permettant la connaissance de leur quotient familial se verront appliquer le tarif de la tranche la plus élevée.

Si une variation du quotient familial intervient au cours de l'année, elle devra être signalée par écrit le plus rapidement possible ([alsh@brax47.fr](mailto:alsh@brax47.fr)) afin qu'il en soit tenu compte lors de la facturation suivante.

## FREQUENTATION DES SERVICES

(cf. Règlement intérieur )

**MERCREDIS** : Les inscriptions se font de « vacances à vacances » pour les mercredis.

**MERCREDIS – VACANCES** : les inscriptions sont ouvertes 1 mois avant la période souhaitée.

Nous travaillons à la réalisation des inscriptions en ligne pour les prochaines périodes.

Période I- Mercredis Rentrée

MR : matin repas      M : matin      RA : repas après-midi      A : après-midi      J : journée

Mercredi 7 septembre	Mercredi 14 septembre	Mercredi 21 septembre	Mercredi 28 septembre
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> MR	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> MR	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> MR	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> MR
<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> RA
<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> J
Mercredi 5 octobre	Mercredi 12 octobre	Mercredi 19 octobre	<b>MEMO - Vacances</b> Lundi 24 octobre Vendredi 4 novembre
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> MR	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> MR	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> MR	
<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> RA	
<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> J	

**ATTENTION** : Les annulations, sans facturation, sont à réaliser 7 jours avant.

## AUTORISATIONS

**Personnes autorisées à venir chercher l'enfant ou à prévenir en cas d'urgence (adulte de + de 18 ans) Une pièce d'identité pourra être demandée**

1.NOM et Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Adresse : .....Tel : .....

Autorisé(e) à récupérer l'enfant       à prévenir en cas d'urgence

2.NOM et Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Adresse : .....Tel : .....

Autorisé(e) à récupérer l'enfant       à prévenir en cas d'urgence

3.NOM et Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Adresse : .....Tel : .....

Autorisé(e) à récupérer l'enfant       à prévenir en cas d'urgence

4.NOM et Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Adresse : .....Tel : .....

Autorisé(e) à récupérer l'enfant       à prévenir en cas d'urgence

**Les renseignements téléphoniques doivent être indiqués obligatoirement et sont indispensables pour vous joindre en cas d'urgence.**

Nom et n° de l'assurance extrascolaire :

.....

Autorisez-vous la structure à utiliser dans le cadre pédagogique (journal, site internet, ainsi que les différentes publications de la structure) des photos et vidéos de votre enfant prises au cours des activités.

Oui  Non

Autorisez-vous votre enfant à être hospitalisé en cas d'urgence :  Oui  Non

Renseignements utiles (horaires de travail variables, etc.):

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

**FICHE SANITAIRE**

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant. Une fiche par enfant est nécessaire.

NOM/PRENOM.....

Fille  Garçon

Date de naissance : .....

N° SECURITE SOCIALE : .....

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

<b>Vaccins obligatoires</b>	<b>Dates des derniers rappels</b>
Diphtérie	
Tétanos	
Poliomyélite	
Ou DT polio	
Ou Tétracoq	

<b>Vaccins recommandés</b>	<b>Dates des derniers rappels</b>
Hépatite B	
Rubéole, oreillons, rougeole	
Coqueluche	
Autres à préciser	

**Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.**

Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical ?  oui  non

Si OUI, joindre une ordonnance récente.

Est-ce qu'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) est mis en place ?  oui  non

Si oui, se rapprocher de l'équipe d'animation.

L'enfant présente-t-il des Allergies :  oui  non

Si oui, :  ASTHME  Allergie ALIMENTAIRE  MEDICAMENTEUSE

AUTRES à préciser : .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....  
.....

INDIQUEZ CI-APRES LES DIFFICULTES DE SANTE (maladie, accident, hospitalisation, opération). EN PRECISANT LES DATES ET PRECAUTIONS A PRENDRE : .....

.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Lunettes  Lentilles  Prothèses auditives

Prothèses dentaires

Autres, à préciser : .....

EN CAS D'URGENCE / Responsable légal de l'enfant :

Nom/Prénom : .....

Domicile : ..... Portable : .....

Travail : .....

NOM DU MEDECIN TRAITANT .....

HOPITAL SOUHAITE.....

Je soussigné.....responsable légal de l'enfant ..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Date :      Signature du responsable légal :