

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

Tarifs applicables au 1^{er} 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**

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.

	Accueil de loisirs de Brax	Tarifs 2022	
		Enfants de Brax et des communes conventionnées	Enfants de communes non conventionnées
Accueil de loisirs <u>avec</u> restauration			
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 €
Accueil de loisirs <u>sans</u> restauration			
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 €
Participation sorties, spectacles (coût/enfant > 8€)			
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) 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"/> A <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> J
Mercredi 5 octobre	Mercredi 12 octobre	Mercredi 19 octobre	MEMO - Vacances
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> J	Lundi 24 octobre Vendredi 4 novembre

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)

Vaccins obligatoires	Dates des derniers rappels
Diphtérie	
Tétanos	
Poliomyélite	
Ou DT polio	
Ou Tétracoq	

Vaccins recommandés	Dates des derniers rappels
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 :