



DOSSIER INSCRIPTION

ALSH Les mômes enchantés





Tarifs ALSH 2024

	Tarif base	Prise en charge Mairie	Coût famille QF CAF <700	Coût famille QF CAF <700-1100>	Coût famille QF CAF > 1100
La Bastide des Jourdans	18	4*	10	12	14
Grambois	18	3**	11	13	15
Autres communes	18		14	16	18

* Réduction pour 20 enfants maximum par jour

** Réduction pour 50 jours maximum par enfant inscrits

DOCUMENT À JOINDRE AU DOSSIER :

- **1 photo d'identité**
- **l'attestation d'assurance responsabilité civile**
- **la copie des vaccinations obligatoires à jour**
- **l'attestation du QF CAF**

MODALITÉ D'ACCUEIL :

Ouverture de 7h30 à 18 h les mercredis et vacances scolaires

Capacité d'accueil journalière = 28 enfants

Les enfants sont accueillis dès 7h30 jusqu'à 9h00, les départ se font à partir de 16h30 jusqu'à 18h00.

Les repas sont à apporter par les familles, chaud ou froid, micro-onde à disposition.

Le goûter est offert par l'association.

Si votre enfant a des besoins spécifiques et/ou en situation de handicap n'hésitez pas à prendre rendez-vous avec la directrice de l'ALSH pour mettre en place des aménagements répondants à ses besoins.



DOSSIER INSCRIPTION

Identité de l'enfant et ses représentants légaux

IDENTITE L'ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE:

IDENTITÉS DES REPRÉSENTANTS LÉGAUX :

Parent 1

Parent 2

NOM :

NOM :

PRÉNOM :

PRÉNOM :

ADRESSE :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

CODE POSTAL :

TÉL :

TÉL :

MAIL:

MAIL:

Personne à contacter en cas d'urgence et susceptible de récupérer l'enfant

NOM :

PRÉNOM :

TÉL :

LIEN AVEC L'ENFANT:

NOM :

PRÉNOM :

TÉL :

LIEN AVEC L'ENFANT:



DOSSIER INSCRIPTION

Cession de droit à l'image

Déclare autoriser l'AEB-Inclusion à filmer ou photographier (textes, sons, images)

Je soussigné(e) : NOM : PRÉNOM :

Mon enfant NOM - PRÉNOM :

en vue d'une reproduction sur tout type de publication dans le but d'une conservation, diffusion et/ou représentation par télédiffusion en direct ou en différé sur tout ou partie des différents supports de communication externe ou interne de l'AEB-Inclusion, actuellement disponibles ou à venir.

J'autorise l'association AEB-Inclusion à diffuser les photos et vidéos de mon enfant

Je n'autorise pas l'association AEB-Inclusion à diffuser les photos et vidéos de mon enfant

Ces supports auront une diffusion non commerciale auprès de nos publics cibles.

Cette autorisation est valable pour une durée de 20 ans et est accordée à titre gratuit et à des fins exclusivement d'information, de formation. Cette exploitation ne devra pas porter atteinte à la vie privée ou à la réputation ou tout autre utilisation préjudiciable.

Fait a :

Le :

Signature

(précédée de la mention "Lu et approuvé")



DOSSIER INSCRIPTION

Autorisation de sortie

Je soussigné(e) : NOM : PRÉNOM :

Déclare autoriser mon enfant NOM - PRÉNOM :

- A participer aux activités en extérieur au sein de la commune de La Bastide des Jourdans**
- A participer aux activités en extérieur et de prendre les transports prévus**

Fait à : Le :

**Signature
(précédée de la mention "Lu et approuvé")**

Déclaration d'allergie

Je soussigné(e) : NOM : PRÉNOM :

Déclare que mon enfant NOM - PRÉNOM :

- N'a pas d'allergie**
- A des allergies**

En cas d'allergie merci de les préciser et fournir un PAI dans le cas ou il est nécessaire d'administrer un traitement :

Fait à : Le :

**Signature
(précédée de la mention "Lu et approuvé")**



DOSSIER INSCRIPTION

Bulletin Adhésion AEB-Inclusion

Enfant 1

Prénom :

Nom :

Date de naissance :

Etablissement scolaire:

Classe :

Année :

Enfant 2

Prénom :

Nom :

Date de naissance :

Etablissement scolaire:

Classe :

Année :

Enfant 3

Prénom :

Nom :

Date de naissance :

Etablissement scolaire:

Classe :

Année :

Enfant 4

Prénom :

Nom :

Date de naissance :

Etablissement scolaire:

Classe :

Année :



DOSSIER INSCRIPTION

Bulletin Adhésion AEB-Inclusion

Parent 1

Prénom :

Nom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tél :

Mail :

Parent 2

Prénom :

Nom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tél :

Mail :

Afin de valider mon adhésion, je joins le règlement de la **cotisation annuelle d'un montant de 20€**.

A ce titre, je déclare reconnaître l'objet de l'association, et en avoir accepté les statuts ainsi que le règlement intérieur disponible sur notre site web aeb-inclusion.fr.

J'ai pris bonne note des droits et des devoirs des membres de l'association.

Chèque à libeller à l'ordre de « AEB-Inclusion »

Chèque et bulletin à envoyer au siège : **L'AEB-Inclusion 420
CHEMIN CHANCARELLE 84240 La Bastide des Jourdans**

Fait à :

Le :

Signature

(précédée de la mention "Lu et approuvé")



Rdv sur notre site web



Suivez-nous sur nos réseaux sociaux



@aebinclusion

Siège social : 420 CHEMIN CHANCARELLE
84240 LA BASTIDE DES JOURDANS

E-mail : aeb.direction@outlook.com

Téléphone : 0778812138

Site Internet : aeb-inclusion.fr

N° SIREN / SIRET : 853 311 967 000 22
N° RNA : W131012341



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

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

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
 MEDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
 Précisez :

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :