

# DOSSIER INSCRIPTION

ALSH Les mômes enchantés



**2025 - 2026**

# 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*	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>14</b>
Grambois	18	3**	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>15</b>
Autres communes	18		<b>14</b>	<b>16</b>	<b>18</b>

\* 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, le 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.

## 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 :**

## Cession de droit à l'image

**Déclare autoriser l'Association NORA 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'ASSOCIATION NORA, actuellement disponibles ou à venir.

- J'autorise l'ASSOCIATION NORA à diffuser les photos et vidéos de mon enfant**
- Je n'autorise pas l'ASSOCIATION NORA 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")**

## 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")**

# Bulletin Adhésion

## ADHÉSION PAR FAMILLE

**Prénom :**

*(du représentant)*

**Nom :**

**Nombre d'adulte :**

**Nombre d'enfant :**



## 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
Diphtérie				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 :

Rdv sur notre site web



Siège social :  
84240 LA BASTIDE DES JOURDANS

E-mail : [association.nora@outlook.fr](mailto:association.nora@outlook.fr)

Téléphone : 07 49 60 49 71

Site Internet : [aeb-inclusion.fr](http://aeb-inclusion.fr)

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