

Temps d'accueil

En période scolaire :

- * **Les mercredis en journée avec repas (8h-18h)** > temps d'accueil de 8h à 8h45 et de 17h15 à 18h.
 - * **Les mercredis à la demi-journée sans repas (8h-12h ou 13h30-18h)** > temps d'accueil de 8h à 8h45 et de 11h30 à 12h pour la matinée et de 13h30 à 14h puis de 17h15 à 18h pour l'après-midi.
- Inscriptions et désinscriptions via le portail famille jusqu'au mardi de la semaine précédant le mercredi demandé, à 11h maximum (6j ouvrés)

Pendant les vacances scolaires :

- * **Les petites vacances scolaires, à la journée entière avec repas (8h-18h)** > temps d'accueil de 8h à 9h et de 17h à 18h.
- Inscriptions et désinscriptions via le portail famille jusqu'au jeudi de la quinzaine précédant le 1er lundi des vacances, à 11h maximum (7j ouvrés)
- * **Les vacances d'été, à la semaine entière avec repas (8h-18h)** > temps d'accueil de 8h à 9h et de 17h à 18h.
- Inscriptions et désinscriptions via le portail famille jusqu'au lundi de la quinzaine précédant la semaine demandée, à 11h maximum (10j ouvrés)

+ D'INFORMATIONS DANS LE REGLEMENT INTERIEUR !

Informations générales sur l'enfant

NOM :PRENOM :

Date de naissance :Lieu de naissance :

GARÇON FILLE

Scolarité

Ecole :Classe :

Informations médicales et alimentaires

Votre enfant a-t-il.elle un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) ? Non Oui

Si oui, merci de bien vouloir nous transmettre le document PAI avec le dossier d'inscription.

Votre enfant a-t-il.elle des allergies ?

* Alimentaire : Non - Oui :

* Médicamenteuse : Non - Oui :

* Asthme : Non - Oui :

* Autre : Non - Oui :

Votre enfant porte-t-il.elle des lunettes de vue ou des lentilles ?

Non - Oui :

Votre enfant porte-t-il.elle un appareil dentaire ou appareil

auditif ? Non - Oui :

Votre enfant a-t-il.elle un traitement médical ? Non - Oui

Si oui, de quoi s'agit-il ?

Quel est la durée et la fréquence du traitement ?

.....

Vous devez obligatoirement fournir l'ordonnance en cours, datant de moins de 6 mois.

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

Merci d'apporter les médicaments notés au nom et prénom de l'enfant et ranger dans une trousse/pochette facilement transportable

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ? Non - Oui

.....

Notre fournisseur prend en compte les régimes sans porc, sans viande et sans poisson.

Pour tout autre particularité alimentaire, merci de bien vouloir apporter les substituts.

Eventuelles difficultés de santé ? (accident, interventions médicales, hospitalisation, opération, etc) : Non - Oui :

Indications, dates, précautions à prendre :

Vaccinations

Merci de remplir le tableau ci-après à partir de votre carnet de santé ou certificat de vaccination :

En cas de non-vaccination, joindre un **certificat médical de contre-indication à la vaccination.**

Vaccins	Oui	Non	Date du dernier rappel
DT Polio			
Coqueluche			
HIB			
Hépatite B			
Pneumocoque			
Méningocoque de type C			
Rubéole - Oreillons - Rougeole			

Autorisations

Autorisation de sortie seul.e (>10ans) : Oui Non

AUTORISATION DROIT D'IMAGE (PHOTOS, VIDEOS, SON) :

Diffusion interne (partage aux parents) Oui Non

Diffusion externe (presse, site internet, réseaux, magazine) Oui Non

Responsables légaux

Parent 1 : père / mère

Tuteur :

Famille d'accueil :

NOM :

PRENOM :

SITUATION FAMILIALE :

ADRESSE :

.....

E-MAIL :

N° TEL PERSO :

N° TEL PRO :

PROFESSION ET EMPLOYEUR :

.....

Parent 2 : père / mère

Tuteur :

Famille d'accueil :

NOM :

PRENOM :

SITUATION FAMILIALE :

ADRESSE :

.....

E-MAIL :

N° TEL PERSO :

N° TEL PRO :

PROFESSION ET EMPLOYEUR :

.....

Autorisation parentale si séparation : Conjointe Exclusive Nom du représentant légal :

En cas de séparation ou divorce, joindre obligatoirement une photocopie du jugement spécifiant les modalités exactes de la garde.

Personnes majeures autorisées à venir chercher l'enfant (en dehors des responsables légaux) :

NOM : NOM : NOM :
PRENOM : PRENOM : PRENOM :
LIEN avec l'enfant : LIEN avec l'enfant : LIEN avec l'enfant :
N° TEL : N° TEL : N° TEL :

Tierce personne à contacter en cas d'urgence (en dehors des responsables légaux) : NOM :
PRENOM : LIEN avec l'enfant : N° TEL :

Assurance scolaire et extrascolaire

Assurance et N° de contrat :

J'atteste avoir souscrit pour mon enfant, pour l'année scolaire en cours, à une assurance responsabilité civile et individuelle couvrant les accidents corporels scolaires, extra et périscolaires. **Attestation à joindre au dossier d'inscription.**

Mutuelle

Mutuelle et N° de contrat :

Allocations

Type de régime : Régime général (CAF) MSA Etrangers Non communiqués

Si CAF, numéro d'allocataire : Quotient familial :

Veillez joindre l'attestation CAF la plus récente stipulant votre quotient

Tarifs et règlement

VOTRE COMMUNE :

* Communes SIPA : Allèves / Gruffy / Héry-sur-Alby / Alby-sur-Chéran / Chainaz-les-frasses / Chapeiry / St-Sylvestre

* Communes conventionnées avec le SIPA : Mûres / Cusy

* Communes hors SIPA :

ALLEVES-GRUFFY-HERY SUR ALBY-ALBY SUR CHERAN-CHAINAZ LES FRASSES-CHAPEIRY-ST SYLVESTRE - Communes conventionnées : MURES-CUSY-								COMMUNES EXTERIEURES					
TARIFS JOURNEE AVEC REPAS 8 h 00 - 18 h 00		2ème Ent.	3ème Enf.et plus	TARIF 1/2 JOURNEE SANS REPAS		2ème Ent.	3ème Enf.et plus	TARIF JOURNEE AVEC REPAS 8 h 00 - 18 h 00		2ème Ent.	3ème Enf.et plus	TARIF 1/2 JOURNEE SANS REPAS	
QF	Tarif	Tarif (2)	Tarif (3+)	8 h 00 - 12 h 00	14 h 00 - 18 h 00	Tarif (2)	Tarif (3+)	QF	Tarif	Tarif (2)	Tarif (3+)	8 h 00 - 12 h 00	14 h 00 - 18 h 00
Inf. 1000	28,5	25,5	24,5	14	14	12	11	Inf. 1000	33,5	32,5	32	18	18
1001-1500	30,5	27,5	26,5	16	16	14	13	1001-1500	36	35	34,5	20	20
1501-2000	32,5	29,5	28,5	18	18	16	15	1501-2000	39	38	37,5	22	22
Sup .2001	34,5	31,5	30,5	20	20	18	17	Sup .2001	42	41	40,5	24	24

ADHESION A LA FOL 74, valable l'année scolaire en cours : 15 €

MODALITE DE PAIEMENT :

Les factures sont envoyées après la période d'inscription concernée.

Le paiement en ligne par carte bancaire (à privilégier) ou par virement est possible via le portail famille.

Une fois le paiement effectué, vous pourrez télécharger un bordereau de règlement.

* Nous acceptons aussi les bons caf (vacances scolaires uniquement), les chèques vacances, CESU, espèces, chèques à l'ordre de la FOL 74.

Je soussigné.e, responsable légale de l'enfant,

- * Déclare *exactes les informations* dans ce document.
- * Autorise toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant. La famille sera avertie par nos soins dans les meilleurs délais.
- * Autorise mon enfant à *participer à toutes les activités* de l'accueil de loisirs, y compris celles comprenant un transport (à l'exception de contre-indication médicale).
- * M'engage à *fournir tous les documents demandés* ci-dessus pour que le dossier d'inscription soit complet.
- * **Déclare avoir lu et accepte le règlement intérieur de l'accueil de loisirs.**
- * Atteste avoir été informé.e de l'existence d'un *projet pédagogique* qui sera consultable sur le lieu de l'accueil et sur les sites internet FOL74 et SIPA.

DATE :

SIGNATURE :