

INSCRIPTION

Indiquez par une croix, dans les tableaux ci-dessous.

RAPPEL

L'inscription en **restauration est définitive**, les repas ne seront pas remboursés.

Accueil de loisirs				
Inscription semaine				
Semaine 1	du 8 au 12 Juillet			
Semaine 2	du 15 au 19 Juillet			
Semaine 3	du 22 au 26 Juillet			

RESTAURATION (remplir obligatoirement les jours de fréquentation)

PERIODES	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi
Semaine 1					
Semaine 2					
Semaine 3					



Lors des sorties, les pique-niques seront à fournir par les familles et les repas seront décomptés.

DOCUMENTS A FOURNIR A LA REMISE DU DOSSIER (tout dossier non complet ne pourra être pris en compte)

- Le dossier d'inscription dûment complété ou mis à jour
- L'autorisation pour les camps
- La fiche sanitaire de liaison dûment complétée et accompagnée d'une photocopie nominative de la page des vaccinations du carnet de santé de l'enfant, le tout sous enveloppe.
- Les tarifs sont calculés en fonction de votre Quotient Familial, merci de fournir **votre numéro d'allocataire CAF avant la fin du séjour de votre enfant.**
- Document d'Aides aux Temps Libres de la CAF à fournir avant la fin du séjour de votre enfant.
- Le règlement se fera à réception de la facture auprès du Trésor Public.



Dossier à déposer

avant le 21 juin

au Pôle Jeunesse de la Communauté de Communes.

Du lundi au vendredi de :

8H30 à 12H00

13H30 à 17H30



ALSH ETE GIVRY

Du 8 au 26 juillet 2019

NOM :

Prénom :

Classe (fréquentée cette année) CE1 CE2 CM1

Camp Sport & Nature
à Nohan-sur-Semoy du 15 au 19 juillet.



Renseignez – vous :

Pôle Jeunesse 03 26 60 45 04

ou www.argonnechampenoise.fr



Fiche inscription Givry CAMPS

CE1 – CE2 – CM1

GROUPES	LIEUX	DATES	PRESENCES	NOMBRE DE PLACES
CE1/CE2/CM1	Camp du faucon à Nohan sur Semoy	Sem.2 du 15 au 19 juillet		15

- Cocher la case de votre choix correspondant à l'âge de votre enfant.
- Aucune inscription en camps ne sera acceptée en dehors des dates prévues à cet effet.

Madame, Monsieur, _____ autorise mon enfant

à participer au camp notifié ci-dessus par une croix.

Nom _____

Prénom _____

Age _____

Adresse _____

Numéros de téléphone en cas d'urgence _____

Date et signature du représentant légal

Cadre réservé à la direction

Fiche sanitaire

Brevet de natation

Allergies _____

Recommandations _____



Communauté de Communes de l'Argonne Champenoise
Pôle Jeunesse

2 rue Renard – Groupe Buirette
51800 SAINTE-MENEHOULD

Tél. : 03.26.60.45.04 / Mail : jeunesse@cc-argonnechampenoise.fr

NOM, prénom de l'enfant : Né(e) le :

Ecole : Enseignant : Classe :

FAMILLE :

Situation : Parentale Monoparentale Recomposée Famille d'accueil

	Mère : Responsable OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Père : Responsable OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Nom, prénom :		
Adresse du domicile :		
Tél. domicile/portable		
Courriel :		
Employeur :		
Tél Travail :		

Nom, prénom et adresse de facturation si différents :

En cas de séparation, quelles sont les modalités de garde (garde alternée, semaine paire ou impaire...) ? Merci de nous fournir la copie de la page relative à la garde des enfants. En l'absence de ce document, le responsable légal identifié conserve ses droits.

Personnes à joindre en cas d'urgence (Nom+téléphone) :

REGIME SOCIAL : CAF Reims MSA : Autre :
Numéro d'allocataire (obligatoire) :

ASSURANCE : Nom/adresse de la compagnie :
(Scolaire et extrascolaire) N° du contrat : N° de téléphone :

MEDECIN : NOM : N° de téléphone :
Adresse :

AUTORISATIONS :

- J'autorise mon enfant à rentrer seul à la fin des activités (uniquement pour les élémentaires) : **OUI** **NON**
- Si NON : personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom/prénom	Lien de parenté	N° de téléphone	Adresse

- Piscine autorisé ? : **OUI** **NON** L'enfant sait-il nager ? : **OUI** **NON**
- J'autorise le personnel d'animation à transporter mon enfant en minibus lors des sorties : **OUI** **NON**
- J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées par le service, sous la responsabilité du personnel d'animation dans les locaux et à l'extérieur : **OUI** **NON**
- Pendant les activités, j'autorise le personnel d'animation à photographier et/ou filmer mon enfant pour la création de souvenirs ou d'archives : **OUI** **NON**
- J'autorise la Cté de Communes à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse, nouveau média, affiches, site internet...): **OUI** **NON**
- En cas d'accident ou incident, j'autorise les responsables de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant.

Fait à, le Signatures :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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 pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

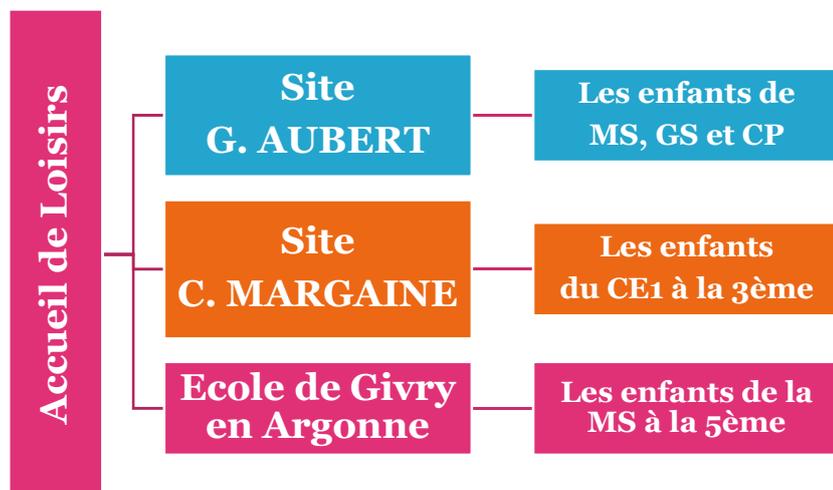
OBSERVATIONS



INFO. JUILLET 2019

Cette année l'accueil de loisirs fonctionne en multi-sites car le groupe Scolaire R. LANCELOT est en travaux tout l'été.

Nouvelle organisation



Horaires

MATIN Accueil échelonné	7H55 à 9H00
MIDI départ	12H00
APRES-MIDI Accueil échelonné	13H30 à 14H00
SOIR Départ échelonné	17H00 à 18H00

NOUS CONTACTER

au 03 26 60 85 37
à partir du 8 Juillet.

ANIMATIONS

Les enfants doivent avoir une tenue adaptée aux activités proposées.

REGLEMENT DES FACTURES

Il se fera dès réception de celle-ci à la Trésorerie de Ste Ménehould - rue Gaillot Aubert à l'ordre du Trésor Public.

CHAQUE JOUR

Votre enfant doit venir muni d'un sac contenant :

- Un goûter,
- Un chapeau,
- Le nécessaire de sieste pour les plus petits.



REUNION

D'INFORMATION

vendredi 21 juin

à 18H00

Mairie
Sainte - Ménehould

REPAS

5€10

TARIFS !

Forfait
semaine

Vacances d'été

Semaine
complète

Hors CCAC
Semaine
complète

1^{ère} tranche QF de 0 à 499.99
2^{ème} tranche QF de 500 à 899.99
3^{ème} tranche QF de 900 à 1399.99
4^{ème} tranche QF de 1400 et +

40 €	47 €
45 €	52 €
50 €	57 €
55 €	62 €



Repas 5.10€

Séjours (CCAC)

Séjour
Sport et Nature
4 nuits

Séjour
Découverte
1 nuit

Séjour
J'apprends à Nager
4 nuits

1^{ère} tranche QF de 0 à 499.99
2^{ème} tranche QF de 500 à 899.99
3^{ème} tranche QF de 900 à 1399.99
4^{ème} tranche QF de 1400 et +

120 €	25 €	70 €
140 €	30 €	75 €
160 €	35 €	80 €
180 €	40 €	85 €

Séjours (Hors CCAC)

Séjour
Sport et Nature
4 nuits

Séjour
Découverte
1 nuit

Séjour
J'apprends à Nager
4 nuits

1^{ère} tranche QF de 0 à 499.99
2^{ème} tranche QF de 500 à 899.99
3^{ème} tranche QF de 900 à 1399.99
4^{ème} tranche QF de 1400 et +

130 €	30 €	75 €
150 €	35 €	80 €
170 €	40 €	85 €
190 €	45 €	90 €

Déduction d'Aides aux Temps Libres CAF (document à nous donner avant la fin du séjour de votre enfant).

TROUSSEAU DE CAMPING

A REMETTRE A L'ANIMATEUR REFERENT DU GROUPE DE VOTRE ENFANT



NOM :

PRENOM :

GROUPE :

- ★ Cette liste n'est qu'indicative
- ★ Nous vous conseillons de marquer le linge (les initiales sur l'étiquette suffisent)
- ★ Associez votre enfant à la préparation de la valise pour qu'il en connaisse le contenu
- ★ Eviter de mettre des vêtements neufs et des objets de valeurs (bijoux, jeux, téléphone portable...)
- ★ Cette liste doit être remplie lors de la préparation et placer dans la valise de votre enfant
(Penser à noter en plus les vêtements que votre enfant aura le jour du départ).

Vêtements	Nombre emporté	Observations
Pour chaque jour, un sac type plastique avec		
Culotte ou slip		
Maillot de corps		
Paire de chaussettes		
T-shirt		
Pull ou sweat-shirt		
Pantalon ou bas de survêtement ou short		
Et en plus :		
Sac à dos		
K-Way		
Chaussures de marche ou tennis		
Bob ou casquette		
Pyjama		
Serviettes de toilette		
Drap de bain		
Gants de toilette		
Tongs ou claquettes pour la douche		
Maillot de bain		
Serviette de bain		
Une trousse de toilette contenant		
Brosse à dent, dentifrice, gobelet, peigne ou brosse à cheveux, shampooing, gel douche ou savon		
Paquet de mouchoirs		
Serviettes de toilette		
Les indispensables		
Crème solaire		
Sac de couchage		
Coussin ou oreiller		
Tapis de sol		
Lampe de poche		
Gourde		
Brevet de Natation		Si nécessaire