

Merci de cocher les jours dont vous avez besoin ainsi que la case repas en cas de nécessité.

| SEMAINE 1 | LU<br>29/07 |       | MA<br>30/07 |       | ME<br>31/07 |       | JE<br>01/08 |       | VE<br>02/08 |       |
|-----------|-------------|-------|-------------|-------|-------------|-------|-------------|-------|-------------|-------|
|           | JOURNÉE     | REPAS |
|           |             |       |             |       |             |       |             |       |             |       |
| SEMAINE 2 | LU<br>05    |       | MA<br>06    |       | ME<br>07    |       | JE<br>08    |       | VE<br>09    |       |
|           | JOURNÉE     | REPAS |
|           |             |       |             |       |             |       |             |       |             |       |
| SEMAINE 3 | LU<br>12    |       | MA<br>13    |       | ME<br>14    |       | JE<br>15    |       | VE<br>16    |       |
|           | JOURNÉE     | REPAS | JOURNÉE     | REPAS | JOURNÉE     | REPAS | FERIÉ       |       | FERMÉ       |       |
|           |             |       |             |       |             |       |             |       |             |       |
| SEMAINE 4 | LU<br>19    |       | MA<br>20    |       | ME<br>21    |       | JE<br>22    |       | VE<br>23    |       |
|           | JOURNÉE     | REPAS |
|           |             |       |             |       |             |       |             |       |             |       |

**CONTACT :**

Communauté de Communes de l'Argonne Champenoise  
Pôle Éducation-Animation

50 Avenue de Pertison - 51800 SAINTE-MENEHOULD

03.26.60.45.04/06.13.31.32.63 - [accueilsdeloisirs@cc-argonnechampenoise.fr](mailto:accueilsdeloisirs@cc-argonnechampenoise.fr)



Communauté de Communes de l'Argonne Champenoise  
Pôle Éducation-Animation

**TARIFS**  
(selon Quotient Familial CAF/MSA)

| <i>Summer</i>  | Forfait journée | Hors CCAC Forfait journée |
|--|-----------------|---------------------------|
| 1ère tranche QF de 0 à 499,99                                      | 8 €             | 15 €                      |
| 2ème tranche QF de 500 à 899,99                                    | 9 €             | 16 €                      |
| 3ème tranche QF de 900 à 1399,99                                   | 10 €            | 17 €                      |
| 4ème tranche QF de 1400 et + ou non fourni                         | 11 €            | 18 €                      |
| Supplément retard (non respect du délai de l'horaire de fermeture) | 5,00 €          |                           |

**REPAS À AJOUTER AU FORFAIT DE LA JOURNÉE : 5,40 €**

La facturation est faite à la fin de l'accueil de loisirs,  
le paiement se fait via Internet  
(site Payfip) ou auprès d'un buraliste/partenaire agréé, liste consultable sur :  
<http://www.impots.gouv.fr/portail/paiement-de-proximite>

# INSCRIPTIONS

Pour que votre enfant participe à l'accueil de loisirs, ce dossier doit être dûment complété et remis au Pôle Éducation-Animation de la Communauté de Communes de l'Argonne Champenoise, accompagné des pièces justificatives suivantes :

- les vaccins
- l'assurance scolaire/périscolaire/extrascolaire
- attestation de Quotient Familial (QF) CAF ou MSA
- les aides aux temps libres (déduites directement de votre facture)



L'accueil de loisirs se déroule sur le site :

Locaux de l'école Robert LANCELOT  
Route Royale 51800 Ste-Ménéhould  
(enfants de 3 à 12ans - PS à CM2)

# HORAIRES

- 7h30-9h00 Accueil échelonné
- 9h00-12h00 Activités
- 12h00-13h30 Pause méridienne
- 13h30-14h00 Accueil échelonné
- 14h00-17h00 Activités
- 17h00-18h00 Départ échelonné



**Dossier d'inscription ACCUEIL DE LOISIRS**  
**ÉTÉ 2024**

**INFORMATIONS SUR LES**  
**RESPONSABLES LÉGAUX<sup>1</sup>**

Partie réservée à l'administration :

Famille : .....

Reçu le : ..... Suivi par : .....

Enregistré le : .....

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mariés/Pacsés | <input type="checkbox"/> Famille d'Accueil | <input type="checkbox"/> Veuf(Ve)  | <input type="checkbox"/> Séparés                                 |
| <input type="checkbox"/> Monoparentale | <input type="checkbox"/> Concubinage       | <input type="checkbox"/> Divorcés<br><i>Merci de nous fournir la copie du jugement relative à la garde des enfants</i> | <i>En cas de garde alternée, merci de préciser le calendrier</i> |
| <b>RESPONSABLE 1</b>                   |  | <b>RESPONSABLE 2</b>   |  |
| <u>Lien de parenté avec l'enfant :</u> |  | <u>Lien de parenté avec l'enfant :</u>   |  |
| Nom :                                  |  | Nom :  |  |
| Prénom :                               |  | Prénom :   |  |
| Adresse* :                             |  | Adresse* :   |  |
| CP/ Commune :                          |  | CP/ Commune :  |  |
| Tél. Domicile :                        |  | Tél. Domicile :  |  |
| Tél. Portable* :                       |  | Tél. Portable* :   |  |
| Tél. Travail :                         |  | Tél. Travail :   |  |
| Email* :                               |  | Email* :   |  |
| Profession :                           |  | Profession :   |  |
| Employeur :                            |  | Employeur :  |  |

Merci d'adresser la facture\* :  Mère  Père  Famille d'accueil

Nombre d'enfant à charge

N° d'allocataire CAF *ou attestation MSA\**

(nécessaire pour établir le tarif de facturation)

<sup>1</sup> \* Champs et documents obligatoires

# INFORMATIONS SUR L'ENFANT

Photo récente

(non obligatoire)

NOM et Prénom :

Né-e le :

Genre : Masculin

Féminin

Lieu de résidence de l'enfant :

École :

Classe :

## AUTORISATIONS

|   |   |
|---|---|
| J'autorise mon enfant à rentrer seul à la fin des activités   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   |
| J'autorise le personnel d'animation à photographier/filmer mon enfant et à utiliser ces supports pour des activités ?   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   |
| J'autorise l'utilisation de ces supports (photos et/ou vidéos) sur :  | <input type="checkbox"/> Site internet de la CCAC<br><input type="checkbox"/> Facebook de la CCAC<br><input type="checkbox"/> Presse locale |
| 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 ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   |
| J'autorise le personnel d'animation à maquiller mon enfant ?  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   |
| J'autorise le personnel d'animation à se déplacer en minibus avec mon enfant ?  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   |
| Mon enfant sait-il nager ?  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   |
| J'autorise mon enfant à aller à la piscine ?  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   |

## SÉCURITÉ

Je mentionne ci-dessous les personnes autorisées à récupérer mon enfant à la sortie des activités (une CNI peut être demandée)  
*(Aucune personne non mentionnée ne pourra récupérer votre enfant si vous ne nous l'avez pas signalée)*

| NOM - PRÉNOM | ADRESSE | NUMÉRO DE TÉLÉPHONE | LIEN |
|--------------|---------|---------------------|------|
|              |         |                     |      |
|              |         |                     |      |
|              |         |                     |      |

## SANTÉ

MÉDECIN TRAITANT

(nom, adresse, numéro de téléphone)

## ASSURANCE\*

Joindre la copie de l'assurance périscolaire et extrascolaire de votre enfant

Les parents ou représentants légaux :

- Déclarent exacts les renseignements portés sur ce dossier
- Reconnassent avoir pris connaissance du règlement intérieur
- En cas d'accident ou d'incident, autorisent le responsable de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant

Date : ...../...../.....

Signature du ou des responsable(s) légal(aux)



## 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  
 MÉDICAMENTEUSES  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 PORTABLE : .....

Responsable N°2 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : .....

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 :