

COMMUNE DE MAROEUIL



# Accueil de Loisirs

## Avril 2025

**Du Lundi 07 au Vendredi 11 avril 2025**

**ECOLE DOLTO/YOURCENAR (RUE DU STADE)**

*Pour les enfants de **3** à **15** ans*

### DOSSIER D'INSCRIPTION

Madame, Monsieur,

Afin d'inscrire votre enfant à l'accueil de loisirs de Maroeuil, je vous invite à compléter le dossier d'inscription ci-joint et à fournir :

- Une photocopie de votre attestation ATL-CAF (feuille verte)
- Une attestation d'assurance scolaire et/ou extra-scolaire
- Une photocopie du carnet de vaccination
- **En cas de séparation des parents : toute pièce justificative de l'attribution du droit de garde exclusif**
- Règlement par chèque : à l'ordre des « FRANCAS du Pas de Calais »

L'ensemble de ces documents est à remettre, avec le paiement, lors des permanences d'inscriptions

**INSCRIPTION RESERVEES AUX ENFANTS RESIDANT A MAROEUIL OU  
ETRUN ET/OU SCOLARISES A MAROEUIL**

**AUCUN DOSSIER NE SERA ACCEPTE APRES LA DERNIERE PERMANENCE**

**Permanences d'inscriptions : le mercredi 19 de 16h à 18h et le samedi 22 mars de 10h à 12h  
à l'école Dolto/Yourcenar (rue du stade)**

Les FRANCAS, 24 Rue du Général de Gaulle, BP 50059 62223 ST Laurent Blangy Cedex

62002 Arras Cedex - 03.21.55.10.10, [www.francas62.net](http://www.francas62.net)

### **Pour tout renseignement :**

- FRANCAS : [acm@francas62.fr](mailto:acm@francas62.fr)
- Pierre Oberto : 07.77.26.60.60



NOM : ..... PRENOM : ..... AGE : ..... Date naissance : .... /..... /.....

CLASSE : ..... ECOLE : .....

Fiche d'Organisation Avril 2025 (veuillez cocher les jours de présence)

**NOM :** ..... **PRENOM :** ..... **DATE DE NAISSANCE :** .....

**Accueil Echelonné de 8h30 à 9h30**

**Centre : 9h30-12h / 14h-17h**

**Départ Echelonné de 17h à 17h30**

Lundi 07/04	Mardi 08/04	Mercredi 09/04	Jeudi 10/04	Vendredi 11/04

**CANTINE (3€20) 12h-14h**

Lundi 07/04	Mardi 08/04	Mercredi 09/04	Jeudi 10/04	Vendredi 11/04

**GARDERIE (1€60) 8h-8h30 et 17h30-18h**

Lundi 07/04	Mardi 08/04	Mercredi 09/04	Jeudi 10/04	Vendredi 11/04

*Si votre enfant mange à la cantine (le jour de la grande sortie), veuillez choisir son sandwich :*

**Jambon**  **Fromage**  **Poulet (wrap)**  **Thon**

**Permanences d'inscriptions : le mercredi 19 de 16h à 18h et le samedi 22 mars de 10h à 12h à l'école Dolto/Yourcenar (rue du stade)**

**Tarifification avril 2025 (A LA JOURNEE) :**

	1 enfant	2 enfants	3 enfants	4 enfants
<b>Habitants de Maroeuil</b>	8.50€/jour	16€/jour	22€/jour	28€/jour
<b>Maroeuilois bénéficiant de la CAF (minimum 4 jours de présence)</b>	4.25€/jour	8.25€/jour	11.20€/jour	14.90€/jour
<b>Extérieurs</b>	18€/jour	35€/jour	50€/jour	64€/jour

<b>Centre de loisirs</b>	... jour(s)	..... enfant(s) x .....	€	
<b>Cantine</b>	... jour(s)	X enfant(s) x 3.20€	+	€
<b>Garderie</b>	... jour(s)	X enfant(s) x 1.60€	+	€
<b>Total dû</b>				€
<b>Aide CAF</b>	... jour(s)	X .....	€	- €
<b>Autre aide</b>	... jour(s)	X .....	€	- €
<b>Total à payer</b>				= €
<b>Chèque Vacances</b>	<b>Espèces</b>	<b>Chèque</b>		

Etes-vous abonné à la page Facebook « ACM Maroeuil » ? OUI  NON

Une sieste sera aménagée pour les plus petits en début d'après-midi. Vos enfants pourront amener leurs « doudous ». Attention, nous acceptons les enfants uniquement scolarisés.

N'hésitez pas à « liker » la page ACM Maroeuil sur Facebook pour avoir toutes les infos, photos, renseignements ... sur la vie du centre

Centre de loisirs

# Fiche d'inscription



## ■ ENFANT

Nom : ..... Prénom : ..... G F  
Date de naissance : ..... âge : ..... ans  
Adresse : .....

N° de sécurité sociale de l'assuré (auquel l'enfant est rattaché) : .....  
N° allocataire CAF : .....  
**JOINDRE ATTESTATION D'ASSURANCE SCOLAIRE OU EXTRA-SCOLAIRE**

## ■ RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ?                      oui                      non  
Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origines marquées au nom de l'enfant avec la notice).  
**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance datée et signée du médecin.**

## ■ REGIMES ALIMENTAIRES :

Avec viande                      Sans viande                      Sans porc

## ■ SANTE :

### VOTRE ENFANT EST-IL :

ASTHMATIQUE                      oui                      non  
ALLERGIE MÉDICAMENTEUSES                      oui                      non  
ALLERGIE ALIMENTAIRES                      oui                      non

AUTRES.....  
**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)**

## INDIQUEZ CI-APRES :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

## RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Précisez si votre enfant porte des lentilles, lunettes, des prothèses dentaires ou auditives etc....

## ■ MÉDECIN TRAITANT

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
N° de téléphone : .....

## ■ VACCINATIONS (faire copie du carnet de santé pages des de vaccinations)

VACCINS	DATES
DT Polio	
BCG	

## CADRE RESERVE AU DIRECTEUR DU CENTRE

Quotient familial : ..... Tarif appliqué à la journée.....

