les francas
L'éducation en mouvement !

COMMUNE DE MAROEUIL

Accueil de Loisirs

Avril 2023

Du Lundi 17 au Vendredi 21 Avril 2023

ECOLE MATERNELLE F. DOLTO

*Pour les enfants de 3 à **6** ans (jusqu'au Groupe classe GS /CP)*

Les enfants de 2 ans et ½ déjà scolarisés sont acceptés.

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

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSE ***- UN DOSSIER PAR ENFANT***

Permanences d'inscriptions :

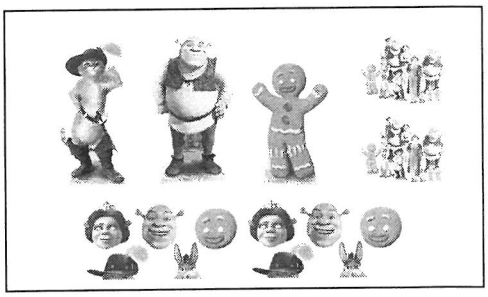
le mercredi 29 mars de 16h à 17h45 et le samedi 1er Avril 2023 de 10h à 11h45 à la mairie de Maroeuil

Les FRANCAS du pas de calais, 8 place mère Térésa, 62000 Arras

03.21.55.10.10, www.francas62.net

Pour tout renseignement :

- FRANCAS : j.delhaye@francas62.fr
- Pierre Oberto : 07.77.26.60.60 (centre Yourcenar)
- David Pesin : 07.77.26.60.64 (centre Dolto)



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

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

Fiche d'Organisation Avril 2023 (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 17/04	**Mardi 18/04**	**Mercredi 19/04**	**Jeudi 20/04**	**Vendredi 21/04**
CANTINE (3€20) 12h-14h				
Lundi 17/04	**Mardi 18/04**	**Mercredi 19/04**	**Jeudi 20/04**	**Vendredi 21/04**
GARDERIE (1€60) 8h-8h30 et 17h30-18h				
Lundi 17/04	**Mardi 18/04**	**Mercredi 19/04**	**Jeudi 20/04**	**Vendredi 21/04**

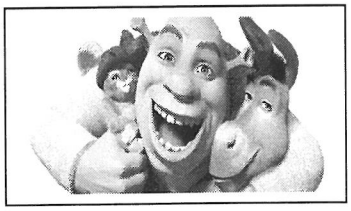
Permanences d'inscriptions : le mercredi 29 mars de 16h à 17h45 et le samedi 1er Avril 2023 de 10h à 11h45 à la mairie de Maroeuil

Tarification Avril 2023 **(A LA JOURNEE)** :

	1 enfant	**2 enfants**	**3 enfants**	**4 enfants**
Habitants de Maroeuil	**8.50€/jour**	**16€/jour**	**22€/jour**	**28€/jour**
Maroeuilois bénéficiant de la CAF (minimum 4 jours de présence)	**4.25€/jour**	**8.25€/jour**	**11.20€/jour**	**14.90€/jour**
Extérieurs	**14.50€/jour**	**28€/jour**	**39€/jour**	**50€/jour**

Centre de loisirs	... jour(s)	..... enfant(s) x ..... €		€
Cantine	... jour(s)	X enfant(s) x 3.20€	+	€
Garderie	... jour(s)	X enfant(s) x 1.60€	+	€
Total dû				€
Aide CAF	... jour(s)	X ..... €	-	€
Autre aide	... jour(s)	X ..... €	-	€
Total à payer			=	€

Chèque Vacances	***Espèces***	***Chèque***



Remise le :
.....
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.....

Aides loisirs CAF : oui non repas : oui non

Autres aides : ..... Nbs de jours inscrit : .....
Nbs de jours présent :.....

PERIODE : FEVRIER ☐ **AVRIL** ☐ **JUILLET** ☐ **AOUT** ☐ **OCTOBRE** ☐ **DECEMBRE** ☐

■ RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

	Père	Mère
NOM PRENOM		
Adresse (si différente de l'enfant)		
N° allocataire CAF		
Adresse mail (conseillé)		
Profession		
N° téléphone domicile		
N° téléphone portable		
N° téléphone professionnel		

Personnes autorisées à récupérer mon enfant (une pièce d'identité peut être demandée) :
.....
.....
.....

■ AUTORISATIONS DIVERSES

Je soussigné (e), ... responsable légal de l'enfant .....

Autorise mon enfant mineur à quitter le centre de loisirs éducatif primaire/l'espace jeune seul oui ☐ non ☒

- Autorise mon enfant à participer à la vie du centre de loisirs éducatif, aux activités proposées,
- Autorise le responsable du centre de loisirs éducatif à prendre toutes mesures (traitement médical hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant, - Avoir pris connaissance du règlement intérieur.
- Autorise le centre de loisirs éducatif à utiliser l'image de mon enfant sur support photographique ou informatique pour la présentation et l'illustration des activités du centre :

  - **OUI**
  - **NON**

■ **Et déclare exact les renseignements portés sur cette fiche.**

Date :..... Signature

RENSEIGNEMENTS : j.delhaye@francas62.fr