

Accueil de Loisirs Périscolaire de Balgau / Nambenheim / Geiswasser

2018-2019

L'accueil de loisirs périscolaire est une formidable opportunité pour un territoire, il contribue à son attractivité, il permet également d'accompagner les évolutions sociétales (disparition des modes de garde traditionnels, mobilité professionnelle, féminisation de l'emploi...). Il favorise également l'implantation de nouveaux habitants sur une commune.

C'est ensuite une formidable opportunité éducative à la condition qu'il réponde aux enjeux et objectifs suivants :

- Concilier attentes des familles et besoins de l'enfant.
- Faire de l'accueil de loisirs un lieu de coéducation et d'éducation partagée.
- Associer les familles à la vie de l'accueil de loisirs.

Le fonctionnement

- Les lundis, mardis, jeudis et vendredis de 11h30 à 13h30 et de 16h00 à 18h30
- Les mercredis de 7h45 à 18h15
- Le temps du repas :
Les enfants sont pris en charge depuis les écoles de Balgau, Nambenheim et Geiswasser et reconduits après le repas.
- Le temps du soir
Les enfants sont pris en charge depuis les écoles de Balgau, Nambenheim et Geiswasser puis récupérés par les familles à la structure.

Les tarifs

- Adhésion annuelle à la FDFC **10,- €**
(ouvrant droit à une assurance individuelle pour l'enfant dans le cadre des activités FDFC)

*****TARIFS en vigueur du 1er septembre 2018 susceptibles d'évoluer**

Habitants Balgau/ Nambenheim et Geiswasser	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
Famille 1 enfant	M <2300 €	2300 € <M<3000 €	M >3000 €
Famille 2 enfants	M <2700 €	2700 € <M<3400 €	M >3400 €
Famille 3 enfants	M <3800 €	3800 € <M<4400 €	M >4400 €

M = Revenu mensuel moyen des parents déterminé sur la base du revenu imposable n-1.

Prestations	Forfait midi	Forfait soir	Mercredi Journée 7h45-18h15	Mercredi 1/2 journée avec repas	Mercredi 1/2 journée sans repas
T1	6,40 €	3,20 €	14,60 €	9,50 €	5,30 €
T2	7,50 €	3,80 €	16,60 €	10,60 €	6,40 €
T3	8,50 €	4,30 €	18,80 €	11,70 €	7,50 €

Semaine vacances
59,00 €
69,00 €
80,00 €

Tarifs familles résidant hors du territoire + 20 %

Renseignements et Inscriptions

ACCUEIL PERISCOLAIRE - rue de Nambenheim 68740 BALGAU
Tél : 03 89 34 37 72



Fiche d'Inscription

2018-2019

Accueil de Loisirs Périscolaire de Balgau / Nambenheim / Geiswasser

Enfant

TARIF :
(cadre réservé à l'accueil de loisirs)

Nom : Prénom :
Féminin ☐ Masculin ☐ Né(e) le :
Lieu de naissance : Département ou pays :
Ecole : Classe :
Frères et sœurs :né(e) le
.....né(e) le
.....né(e) le

Recommandations particulières

Avez-vous des recommandations particulières à communiquer à l'équipe d'encadrement (allergies, précautions diverses, médicaments ...) ?
Fournir une ordonnance pour la prise de médicaments.

.....
.....
.....

Parents

Je soussigné(e) responsable légal ☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur

PERE : Nom : Prénom :
MERE : Nom : Prénom :
Adresse :
Code postal : Commune :
Tél. domicile : Tél. portable père :
Tél. portable mère : e-mail :
Tél. prof. PERE : MERE :
Profession PERE : Employeur :
Profession MERE : Employeur :
Régime Général de Sécurité Sociale ☐ N° allocataire CAF:
Adresse Caisse de Sécurité Sociale
N° de S.S. :
Autres Régimes : MSA ☐ CMAF ☐
Personne à contacter en cas d'urgence (nom et téléphone) :
.....

Présence de l'enfant à l'accueil de loisirs

Merci de nous communiquer le planning de présence de votre enfant.

	Pause déjeuner	16h00-18h30
Lundi		
Mardi		
Jeudi		
Vendredi		

MERCREDI	Matin	Matin + repas	Après midi	Journée

Autorisation parentale obligatoire

Je soussigné(e)

☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur

Nom et prénom

responsable légal de l'enfant.....(nom, prénom)

- Autorise le Directeur de l'accueil de Loisirs à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins.
- Certifie par la présente que l'enfant a subi les vaccinations exigées par la loi et a été reconnu apte à la pratique des activités de plein-air.
- Autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant à l'acc. de loisirs :
.....
.....
- Autorise mon enfant à rentrer seul à la maison..... ☐ OUI ☐ NON
à partir de : (**précisez l'heure**)
- Autorise mon enfant à être filmé et photographié dans le cadre d'animations ou d'activités proposées par le Centre OUI ☐ NON ☐ et à utiliser ces photos dans la presse et sur le site internet de l'accueil de loisirs ou de la FDFC.

Je m'engage à payer l'intégralité ou la part des frais de séjour m'incombant ainsi que les frais médicaux et d'hospitalisation éventuels.

Fait à, le
Signature

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON****1 - ENFANT**

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐FILLE ☐

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

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				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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'ENFANTL'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 OUI ☐ NON ☐	VARICELLE OUI ☐ NON ☐	ANGINE OUI ☐ NON ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI ☐ NON ☐	SCARLATINE OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐	OTITE OUI ☐ NON ☐	ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐	OREILLONS OUI ☐ NON ☐	

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.

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné, 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.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS