

Accueil de loisirs d'Alzon « MER »

Dossier d'inscription juillet 2021

ENFANT :

Nom, Prénom :
Né(é) leà.....
Scolarisé(e) (classe, établissement) :
Lieu de résidence : Parents , parent1 , parent2 , Alterné , autre

REPRESENTANTS LEGAUX

Parent 1 ou tuteur :

Nom, Prénom :
Nom de jeune fille :.....
Adresse :.....
.....
.....
Tel portable :.....
Tel travail :.....
E-mail :.....
Situation familiale :.....

Parent 2 ou tuteur :

Nom, Prénom :
Nom de jeune fille :.....
Adresse :.....
.....
.....
Tel portable :.....
Tel travail :.....
E-mail :.....
Situation familiale :.....

Exercice de l'autorité parentale conjointe : OUI NON

REGIME :Allocataire : CAF MSA

Nom, prénom de l'allocataire.....

Numéro d'allocataire:

Nombre d'enfants à charge :.....

TARIF :

Le tarif est calculé en fonction du quotient familial et du nombre d'enfant inscrit

Avec transport :

Quotient familial	Tarif 1 ^{er} enfant	Tarif à la semaine	A partir du 2 ^{ème} enfant	Tarif à la semaine
De 0 à 370	20€ / jour	100€ 80€ semaine du 14/07	18€ / jour	90€ 72€ semaine du 14/07
De 371 à 1100	27€ / jour	135€ 108€ semaine du 14/07	25€ / jour	125€ 100€ semaine du 14/07
A partir de 1101	34€ / jour	170€ 136€ semaine du 14/07	32€ / jour	160€ 128€ semaine du 14/07

Sans transport :

Quotient familial	Tarif 1 ^{er} enfant	Tarif à la semaine	A partir du 2 ^{ème} enfant	Tarif à la semaine
De 0 à 370	14€ / jour	70€ 56€ semaine du 14/07	12€ / jour	60€ 48€ semaine du 14/07
De 371 à 1100	21€ / jour	105€ 84€ semaine du 14/07	19€ / jour	95€ 76€ semaine du 14/07
A partir de 1101	28€ / jour	140€ 112€ semaine du 14/07	26€ / jour	130€ 104€ semaine du 14/07

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX OBLIGATOIRES:

Toute maladie ou allergie nécessitant la prise d'un traitement doit être signalée et accompagnée d'un PAI (projet d'accueil individualisé). Nous vous remercions de nous signaler tout enfant en situation de handicap ou nécessitant un accompagnement particulier.

Nom du médecin de l'enfant.....

Téléphone du médecin.....

Votre enfant présente-t-il ? :

Allergie : NON OUI Préciser.....

Asthme : NON OUI

Diabète : NON OUI

Epilepsie : NON OUI

Autre, préciser :.....

Votre enfant suit-il un traitement régulier ? : NON OUI Préciser.....

Autres indications utiles (port de lunettes, lentilles, prothèse auditive, prothèse dentaire.....) :

.....
.....

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes ? :

RUBEOLE Oui Non VARICELLE Oui Non ANGINE Oui Non

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ Oui Non SCARLATINE Oui Non

COQUELUCHE Oui Non ROUGEOLE Oui Non OREILLONS Oui Non

OTITE Oui Non

Informations diverses :.....

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

Concernant la baignade :

Il n'est pas indispensable de savoir nager, nous fournissons le matériel de sécurité (ceinture, frite). La baignade se fait dans un périmètre sécurisé sous la responsabilité d'un surveillant de baignade et des animateurs.

Votre enfant sait il nager sans ceinture de natation ou brassard : Oui Non

Commentaires :.....
.....

**PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE SI VOUS N'ETES PAS
JOIGNABLES et/ou AUTORISEES A VENIR CHERCHER MON ENFANT**

Je soussigné(e), Monsieur, Madame.....

autorisons les personnes suivantes à venir récupérer mon enfant.....

NOM Prénom	Lien de parenté	Téléphone

Nous reconnaissons être informés que cette personne devra être majeure et devra se présenter munie d'une pièce d'identité.

Tout changement de personne venant chercher l'enfant doit être signalé à l'équipe.

L'enfant sera confié que si ces conditions sont réunies

Il est impératif d'être présent aux arrêts de bus, au départ et à l'arrivée du car.

Les familles doivent confier et récupérer l'enfant auprès de l'équipe d'animation, ne pas le laisser seul sur les parkings.

J'autorise mon enfant à quitter SEUL le centre de loisir (uniquement pour les enfants partant directement du Grau du Roi) OUI NON

Fait àle.....

Signature des parents ou du responsable légal

**AUTORISATION DE PRISES DE VUES DE MON ENFANT MINEUR
OU MAJEUR ET DE DIFFUSION DE SON IMAGE.**

Je soussigné(e)

Nom.....

Prénom

Adresse.....

.....

Représentant légal de l'enfant :

Nom.....

Prénom

Date de naissance.....

Autorise :

- la réalisation de prises de vues de mon enfant dans le cadre d'activités liées à la vie de la structure,

- la diffusion de son image dans la plaquette de l'établissement ainsi que dans la presse quotidienne.

En aucun cas, ces images ne pourront faire l'objet d'une utilisation commerciale.

Fait àle.....

Signature des parents ou du responsable légal :

ASSURANCE

L'enfant doit être couvert par une assurance responsabilité civile individuelle accident corporel.

Nom de la compagnie :

Numéro d'assurance :

Fait àle.....

Signature des parents ou du responsable légal :

AUTORISATION MEDICALE

Nous soussignés, Monsieur, et/ou Madame.....
autorisons les responsables du centre de loisirs « EMMANUEL D'ALZON » à utiliser
les moyens légaux et médicaux nécessaires pour le maintien de la santé de notre
enfant..... (Hospitalisation,
intervention chirurgicale, mise en route d'un traitement....)

Fait àle.....
Signature des parents ou du responsable légal :

AUTORISATION DE SORTIE

Nous soussignés, Monsieur, et/ou Madame..... autorisons
notre enfant.....
à effectuer toutes les sorties organisées par le responsable du centre de loisirs «
EMMANUEL D'ALZON ».
En cas d'accident les parents de l'enfant concerné ne pourront, en aucun cas, se retourner
contre l'établissement.

Fait àle.....
Signature des parents ou du responsable légal :

Madame, Monsieur,

Dans le cas où vous ne souhaitez pas régler les frais pour l'accueil de votre enfant par prélèvement automatique, nous vous demandons de compléter ce document.

REFUS DU PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

Nom et prénom du payeur

Nom et prénom de l'enfant

Je ne souhaite pas payer les frais de garde pour l'accueil de mon enfant par prélèvement automatique.

Toutefois, je m'engage à payer la facture dans le mois qui suivra sa réception.

Fait à, le

Signature des parents ou du responsable légal :



Référence Unique du Mandat

Nous vous rappelons que vous retrouverez votre référence de mandat (RUM) sur chacune de nos factures.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **INSTITUT EMMANUEL D'ALZON** à envoyer des informations à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **l'INSTITUT EMMANUEL D'ALZON**.
 Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez signée avec elle.
 Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

Veillez compléter tous les champs (*) du mandat, joindre un RIB ou RICE, puis adresser l'ensemble au créancier

<p>Débiteur</p> <p>Vos Nom Prénom(*) :</p> <p>Votre Adresse (*) :</p> <p>.....</p> <p>Code postal (*) :</p> <p>Ville (*) :</p> <p>Pays (*) :</p>	<p>Identifiant Créancier (ICS) : FR34NIM395643</p> <p>Nom : INSTITUT EMMANUEL D'ALZON</p> <p>Adresse : 11, rue Sainte Perpétue</p> <p>Code postal : 30020</p> <p>Ville : NIMES CEDEX 1</p> <p>Pays : FRANCE</p>
---	---

IBAN

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

BIC (*)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Le (*) :

--	--

--	--

--	--	--	--

Paiement : Récurrent/répétitif Ponctuel

A (*) :

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Signature :



Merci de coller votre relevé d'identité bancaire RIB

A nous retourner dûment complété

AUTORISATION UTILISATION CAF PRO

Nous soussignés Monsieur, et/ou madame,

.....

Autorisons ou n'autorisons pas *

Les personnes nommées par l'Association OGEC Emmanuel d' Alzon à utiliser le service CAFPRO afin de calculer notre participation financière aux frais d'accueil de notre enfant dans le cadre du centre de loisirs.

N° d'allocataire.....

Fait à, le

Signature des parents ou du responsable légal :

JUSTIFICATIFS A JOINDRE OBLIGATOIREMENT

⇒ Les parents doivent joindre au dossier d'inscription les documents énumérés dans le tableau ci-contre.

Documents à fournir	<u>JUSTIFICATIFS</u>
- Copie de l'avis d'imposition ou non-imposition de l'année antérieure	
- Photocopie d'un justificatif de domicile datant de moins de 3 mois à la date de remise du dossier (quittance de loyer, facture EDF ou de téléphone)	
- Photocopie du livret de famille et de l'acte de naissance de l'enfant	
En cas de séparation des parents : - toute pièce justificative de l'attribution du droit de garde exclusif + justificatif de domicile différent	
En cas de prélèvement bancaire : - relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP) - formulaire de demande de prélèvement bancaire dûment rempli En cas de refus de prélèvement bancaire : - formulaire de refus de prélèvement automatique dûment rempli	
- Pour les allocataires de la CAF attestation CAF (délivrée sur le site internet de la CAF ou aux bornes CAF) ou copie de la carte d'allocataire CAF. - copie du justificatif de perception de l'AEEH	
- Attestation d'assurance responsabilité civile (obligatoire) et individuelle accident corporel (vivement conseillée)	
- photocopie des vaccinations	
-PAI avec ordonnance si besoin	
-Récépissé du règlement de fonctionnement	
-Un certificat médical de non contre-indication pour la pratique des activités physiques et sportives de moins de 1 an	