

# ALSH JUILLET 2019

**Du lundi 8 juillet au vendredi 26 juillet 2019**

Durant ces trois semaines, les enfants partiront à la découverte de journées à thèmes (Walt Disney pour les petits, journée avec un grapheur pour les grands, ...).

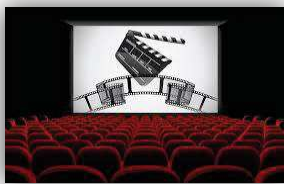


La deuxième semaine de centre, les plus grands partiront pour quelques jours au camping.



La grande sortie se déroulera à Bagatelle en fin de centre. Cinéma, bowling, zoo de Lille et Cita-parc pour les plus petits, laser-game, les près du Hem, le parc des cytises .... sont déjà programmés.

Des activités sportives seront également organisées avec la participation de « Village en sport ».



Une réunion destinée aux parents se déroulera le mercredi 12 juin à 18h00 au Club House.

La directrice, Marie MOREL et ses adjoints, Pauline GHYS et Romain BOLDO, vous présenteront le programme de cet été.

Nous vous attendons nombreux pour venir vous amuser avec nous pendant vos premières semaines de vacances scolaires.



Cette action est financée en partie par la CAF DE DOUAI et la commune de FERIN.

Horaires : de 10h00 à 17h00 + Péricentre de 8h00 à 10h00 et de 17h00 à 18h00 pour les parents qui travaillent.

QUOTIENT FAMILIAL CAF	TARIFS SEMAINE – REPAS COMPRIS
0 – 369	26.00€ (Extérieur 29.75€)
370 – 500	33.00€ (Extérieur 36.75€)
500 – 700	38.25€ (Extérieur 42.00€)
> 700	41.75€ (Extérieur 50.40€)
Tarif camping :	8.00 € / nuit

Dossier d'inscription disponible à l'accueil de la mairie ou téléchargeable sur le site de la commune [www.ferin.fr](http://www.ferin.fr)

Merci de joindre une attestation de la CAF. Sans ce document, le tarif de 41.75€ sera appliqué aux Fériens et de 50.40€ aux extérieurs.

**ATTENTION ! 120 PLACES DISPONIBLES – FIN DES INSCRIPTIONS LE 28 JUIN 2019**

24 places pour les enfants de 3 à 5 ans et 96 pour les enfants de 6 à 13 ans.

**Les dossiers sont à remettre en mairie, pas à l'école !!!**



# FICHE INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS JUILLET 2019

- Du 08 au 12 juillet 2019
- Du 15 au 19 juillet 2019
- Du 22 au 26 juillet 2019

Nom et prénom de l'enfant : .....

Né(e) le : ..... / ..... / ..... à : ..... Age : ..... ans

Adresse de l'enfant : Rue..... Ville..... CP.....

### Représentant Légal :

Nom.....Prénom.....

Adresse.....CP.....Ville.....

Adresse Mail : .....

### RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES :

- Personne(s) à prévenir en cas de nécessité :

Nom	.....		.....		.....
Prénom	.....		.....		.....
Tél domicile	.....	no	.....	no	.....
Tel portable	.....		.....		.....
Tel bureau	.....		.....		.....

- N° sécurité Sociale : 

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

  
Nom de la Mutuelle : ..... N°Adhérent : .....
- Nom du médecin de famille : ..... N°Téléphone : ...../...../...../...../.....

**N° D'ALLOCATIONS FAMILIALES :** .....

**QUOTIENT FAMILIAL CAF :** .....

- Mon enfant sait nager :  oui  non
- Mon enfant a obtenu son Brevet de natation de 50m.  oui  non
- Mon enfant peut être filmé ou pris en photo dans le cadre des activités du centre  oui  non
- L'image de mon enfant peut être diffusée (Bulletin municipal, Site de la commune)  oui  non
- Autorise mon enfant à participer aux sorties proposées par le centre (cinéma, bowling, parc d'attraction, poney, piscine....)  oui  non

Les enfants non autorisés à participer aux sorties ne pourront être accueillis sur le centre le jour de la sortie  
merci de votre compréhension.

**LES DOSSIERS SONT A REMETTRE EN MAIRIE, PAS A L'ECOLE  
AVANT LE 28 Juin 2019 DERNIER DELAI.**

Pour votre information un livret comportant le Projet Pédagogique et le Projet Educatif seront consultables à l'accueil de la Mairie.

## Je règle par prélèvement automatique

Je soussigné(e), ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à ....., le ..... /..... /.....

Signature :

### FICHE ANNEXE

Quotient Familial	Tarif Semaine	
	Férinois	Extérieur
< =369 €	26.00 €	29.75 €
De 370 à 500 €	33.00 €	36.75 €
De 501 à 700 €	38.25 €	42.00 €
>700€	41.75 €	50.40 €
Tarif camping :	8.00 € / nuit	

J'autorise mon enfant à quitter seul le centre à 17h :  OUI  NON

J'autorise les personnes suivantes à récupérer mon enfant aux heures de sortie :

Nom Prénom	Lien avec l'enfant (grands-parents,....)

Signature du représentant légal :

**LES DOSSIERS SONT A REMETTRE EN MAIRIE, PAS A L'ECOLE  
AVANT LE 28 JUIN 2019 DERNIER DELAI.  
Pour toute absence, merci d'informer l'équipe d'animation.**



FICHE SANITAIRE DE LIAISON
DESTINEE au Centre de loisirs
Juillet 2019

Nom : ..... Prénom : .....
Age : ..... Date de Naissance : .....

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Table with 6 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATES DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT polio, Ou Tétracoq, BCG, Hépatite B, Rubéole-Oreillons-Rougeole, Coqueluche, Autres (préciser).

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

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 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 ?

Grid for medical conditions: RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ, SCARLATINE, COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS. Each cell contains 'OUI' and 'NON' with checkboxes.

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)

Series of horizontal dotted lines for writing the cause of allergy and management instructions.

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

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

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRE, ETC... PRÉCISEZ.

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

**RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM .....  
ADRESSE .....  
.....  
.....  
TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....  
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

**Je soussigné(e), ....., responsable légal de l'enfant ....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.**

Date : ..... Signature : .....

Dans le cadre de l'application du règlement général de protection de donnée (R.G.P.D.) est porté à votre connaissance :

- Les informations recueillies obligatoires dans le présent dossier d'inscription feront l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des inscriptions.
- Les personnes ayant accès aux données sont : le maire, les adjoints et les agents municipaux en relation avec les affaires scolaires.
- Les données seront conservées uniquement durant l'année concernée.
- La loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous donne le droit d'accès et de rectification des données transmises. Merci d'adresser votre demande par mail à l'adresse suivante : [mairie@ferin.fr](mailto:mairie@ferin.fr) ou par courrier à Mairie de Férin, rue de Bapaume, 59169 FERIN.

Je soussigné(e), ....., déclare avoir pris connaissance des informations relatives au R.G.P.D. ci-dessus et donner mon consentement.

Fait à ....., le ...../...../.....  
Signature du ou des parents précédée de la mention « lu et approuvé »