

# ACCUEIL DE LOISIRS SANS HÉBERGEMENT DU 11 JUILLET AU 26 AOÛT

Des vacances pour tous les enfants de 3 à 12 ans, du lundi au vendredi, de 9h à 17h



Possibilité de ramassage en bus avec arrêt sur les places des gros bourgs: Dizy le Gros, Montcornet et Brunehamel

Garderie de 8h15 à 9h00 et de 17h00 à 17h45



TACT ASSOCIATION

94, RUE DE LA NEUVILLE 02360 ROZOY-SUR-SERRE

09.51.35.24.43

07 67 47 75 30



santé  
famille  
retraite  
services





## ALSH ÉTÉ 2022

Nom : ..... Garçon      Fille  
 Prénom : ..... Né le : ..... (.....ans)

Assistentes Familiales
Mail : ..... Tél : .....

	PÈRE	MERE
Nom		
Prénom		
Adresse		
CP / Commune		
E-mail		
Téléphone		
Profession		
Régime	Général / Agricole / Autres	Général / Agricole / Autres
N°Allocataire*		
Caisse de		

\* A remplir pour connaître votre quotient familial

	Mettre une croix dans les cases	Chaourse 3-6 ans	Moncornet 6-12 ans	Rozoy 3-12 ans	Avec repas	Sans repas	Règlement		
							Espèces	Chèque	Chèques Vacances
<b>JUILLET</b>	Semaine 1 du 11 au 15								
	Semaine 2 du 18 au 22								
	Semaine 3 du 25 au 29								

	Mettre une croix dans les cases	Moncornet 3-12 ans	Rozoy 3-12 ans	Avec repas	Sans repas	Règlement		
						Espèces	Chèque	Chèques Vacances
<b>AOÛT</b>	Semaine 1 du 1 au 5							
	Semaine 2 du 8 au 12							
	Semaine 3 du 16 au 19							
	Semaine 4 du 22 au 26							

### A remplir obligatoirement

Liste des personnes habilitées à récupérer mon enfant

Nom-Prénom : .....

Nom-Prénom : .....

Nom-Prénom : .....

Autorisez-vous votre enfant à rentrer seul ? .....

En signant, vous autorisez l'association Tact à utiliser vos coordonnées pour d'autres envois d'infos sur ses activités pour une durée indéterminée.

Fait à : .....

le .....

Signature :

**Informations diverses :** *Rayer la mention inutile*

**Garderie :**

MATIN (de 8h15 à 9h00) : OUI / NON

SOIR (de 17h00 à 17h45) : OUI / NON

**Ramassage en bus :** OUI / NON

**Commune de départ :** Brunehamel / Dizy-le-gros / Montcornet / Chaourse / Rozoy-sur-Serre

*Pour les familles ayant un enfant sur le site de Chaourse et un autre sur le site de Montcornet, le bus vous permettra de déposer tous vos enfants sur le même site.*

Votre enfant sait-il nager ? OUI / NON

Votre enfant peut-il aller à la piscine ? OUI / NON

Autorisez-vous votre enfant à participer aux sorties organisées par le centre ? OUI / NON

Votre enfant suit-il un régime alimentaire spécifique ? OUI / NON

Si oui, précisez : .....

Compte tenu du nombre de places limitées, 2 critères de priorité pour la validation définitive de l'inscription:

1 Enfants habitants et/ou scolarisés sur la Communauté de Communes des Portes de la Thiérache

2 Priorité aux enfants avec une inscription minimum de 2 semaines

L'inscription sera confirmée aux familles en fonction du nombre d'inscriptions et des critères ci-dessus, inscriptions postérieures à cette date en fonction des places disponibles.

	semaine 5 jours		semaine 4 jours (jour férié)	
	Sans repas	Avec repas	Sans repas	Avec repas
<b>Tranche 1 : de 0€ à 400€</b>	25 € / semaine	35 € / semaine	20 € / semaine	28 € / semaine
<b>Tranche 2 : de 401 € à 550 €</b>	30 € / semaine	40 € / semaine	24 € / semaine	32 € / semaine
<b>Tranche 3 : de 551 € à 700 €</b>	40 € / semaine	50 € / semaine	32 € / semaine	40 € / semaine
<b>Tranche 4 : plus de 700 € et Hors département</b>	55 € / semaine	65 € / semaine	44 € / semaine	52 € / semaine

Les inscriptions se font en SEMAINE ENTIERE et avec un dossier COMPLET

Nous acceptons l'espèce, les chèques, les chèques vacances ANCV et MSA

**Règlement à l'inscription.**

Le centre applique les tarifs de la CAF, modulés en fonction des ressources et permettant une meilleure accessibilité financière à toutes les feuilles, l'aide CAF est déjà déduite du coût demandé (QF inférieur à 700€). 4 tarifs, en fonction du Quotient Familial (QF) qui figure sur votre attestation de quotient familial délivré par la CAF.



**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**1 - ENFANT**  
 NOM : \_\_\_\_\_  
 PRENOM : \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
 GARÇON  FILLE

DATES ET LIEU DE SEJOUR :

CEtte FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ; ELLE EVITE DE VOUS DEMANDER DE COMPLIR UN CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

**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 RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				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 MEDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

**3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'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 marqués au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				

ALLERGIES : ASTHME  non  ALIMENTAIRES  oui  non  MEDICAMENTEUSES  oui  non  AUTRES : \_\_\_\_\_

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRES : LES DIFFICULTES DE SANTE (MALLADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

Voire enfant mouille-t-il son lit ? oui  non  parfois

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**  
 VOIRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC... PRECISEZ

Autorisez-vous voire enfant à fumer pendant le séjour ? oui  non

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR) : \_\_\_\_\_

TEL FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : \_\_\_\_\_ BUREAU : \_\_\_\_\_

NOM ET TEL DU MEDECIN 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**  
 COORDONNEES DE L'ORGANISATEUR DU SEJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS



## AUTORISATION DE DIFFUSION ENFANT MINEUR

Autorisation valable du 01 janvier 2022 au 31 décembre 2022

**JE SOUSSIGNÉ (E) :** .....

**Domicilié (e)**.....  
.....

**En qualité de Représentant légal de l'Enfant mineur dénommé (e)**  
.....

**Né(e) le**.....

déclare autoriser le droit à l'image et/ou la voix pour mon (mes) enfant(s) mineur(s), à titre gratuit à l'association TACT.

De même j'autorise l'association TACT à effectuer un montage, reproduire et diffuser ces images/enregistrements lors de projections à but non lucratif et à publier ces images/voix sur le web.

Je suis conscient que je peux me rétracter à tout moment, sur simple demande écrite à l'association TACT.

Je m'engage à ne pas tenir responsable la personne ou structure précitée ainsi que ses représentants et toute personne agissant avec sa permission pour ce qui relève de la possibilité d'un changement de cadrage, de couleur et de densité qui pourrait survenir lors de la reproduction.

Les images de mon enfant pourront être utilisées en totalité ou par extraits pour une durée de 10 ans.

Cette autorisation est consentie sans contrepartie financière.

Fait à ..... le  
*BON POUR ACCORD,*  
Signature

**Pour un dossier complet:**

- Bulletin d'inscription complété et signé
- Chèque à l'ordre de TACT et éventuels bons vacances et/ou chèques vacances
- Attestation de quotient CAF/MSA
- Certificat médical de non contre indication à la pratique multisports
- Photocopie du carnet de vaccinations
- Fiche sanitaire de liaison
- Autorisation de diffusion
- Certificat d'assurance responsabilité civile
- Test d'aisance aquatique

Dossier COMPLET à retourner à l'association TACT

94, rue de la Neuville 02360 ROZOY-SUR-SERRE

Tel: 09 51 35 24 43 / 07 67 47 75 30

loisirstact@gmail.com

Avec le soutien financier de :



santé  
famille  
retraite  
services



**CONFIDENTIALITE ET PROTECTION DES DONNEES**

Conformément à la loi informatique et libertés du 06 janvier 1978, vous pouvez à tout moment demander à modifier ou à supprimer les renseignements liés à votre signature. Ces informations vous concernant étant confidentielles. L'association TACT s'engage à les protéger.

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent (art 34 de la loi « informatique et libertés ») vous pouvez exercer ce droit directement sur les sites concernés ou en nous contactant :

**Association TACT** 94, rue de la Neuville 02360 ROZOY SUR SERRE