



### Rozoy-sur-Serre

8 juillet au 9 août

3 à 12 ans

Place du Chapitre

### Chaourse

8 juillet 2 août

3 à 12 ans

Salle polyvalente

Cantine

Accueil : 8h15-9h00 et 17h00-17h45

# En route pour les Jeux Olympiques



## Renseignements et Inscriptions

Site internet  
et

Dossier d'inscription

Antoine de Tact

07 67 47 75 30

loisirstact@gmail.com



I.P.N.S Ne pas jeter sur la voie publique





## ALSH ÉTÉ 2024

Nom :

Prénom :

Garçon / Fille

Né le : ..... (.....ans)

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

\*A remplir pour connaître votre quotient familiale

|                | Mettre une croix dans les cases | Rozoy 3-12 ans | Chaourse 3-12 ans | Avec repas | Sans repas | Règlement |        |                  |
|----------------|---------------------------------|----------------|-------------------|------------|------------|-----------|--------|------------------|
|                |                                 |                |                   |            |            | Espèces   | Chèque | Chèques Vacances |
| <b>JUILLET</b> | Semaine 1 du 8/07 au 12/07      |                |                   |            |            |           |        |                  |
|                | Semaine 2 du 15/07 au 19/07     |                |                   |            |            |           |        |                  |
|                | Semaine 3 du 22/07 au 26/07     |                |                   |            |            |           |        |                  |
| <b>AOÛT</b>    | Semaine 1 du 29/07 au 2/08      |                |                   |            |            |           |        |                  |
|                | Semaine 2 du 5/08 au 9/08       |                |                   |            |            |           |        |                  |

### 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

.....

.....

**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

**ATTENTION : Pas de bus la semaine du 5/08 au 9/08**

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 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.

|                                     | Commune conventionnée |                | Commune non conventionnée et Hors CCPT |                |
|-------------------------------------|-----------------------|----------------|--|----------------|
|                                     | Sans repas            | Avec repas     | Sans repas                             | Avec repas     |
| <b>Tranche 1 : de 0€ à 400€</b>     | 25 € / semaine        | 35 € / semaine | 50 € / semaine                         | 60 € / semaine |
| <b>Tranche 2 : de 401 € à 550 €</b> | 30 € / semaine        | 40 € / semaine | 55 € / semaine                         | 65 € / semaine |
| <b>Tranche 3 : de 551 € à 700 €</b> | 40 € / semaine        | 50 € / semaine | 65 € / semaine                         | 75 € / semaine |
| <b>Tranche 4 : plus de 700 €</b>    | 55 € / semaine        | 65 € / semaine | 80 € / semaine                         | 90€ / semaine  |

**Liste des communes conventionnées :** Rozoy-sur-Serre, Chaourse, Brunehamel (limite de 10 journées par enfant), Morgny-en-Thiérache, Dolignon, Vincy-Reuil-et-Magny, Lislet, Dizy-le-Gros, Noircourt, Soize, Chéry-lès-Rozoy, Dagny-Lambercy,

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 DEMURIR DE SON 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"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE  | OTITE   | ROUGEOLE  | OREILLONS   |   |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |   |

ALLERGIES : ASTHME oui  non  MEDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES 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 (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PECAUTIONS A PRENDRE.

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

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

Autorisez-vous votre 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'ORGANISMEUR DU SEJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS



## AUTORISATION DE DIFFUSION ENFANT MINEUR

Autorisation valable du 01 janvier 2024 au 31 décembre 2024

**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

## RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Le règlement intérieur est communiqué aux familles par mail lors des inscriptions.

Je soussigné M/Mme..... avoir pris connaissance et accepter le règlement intérieur des accueils de loisirs de Rozoy-sur-Serre et de Chaourse organisé par l'association TACT.

Fait à ..... le

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
- Règlement intérieur signé
- 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