

**NOUVEAUTÉ
EN SEPTEMBRE**

JEU DU MERCREDI



**Tous les mercredis
hors vacances scolaires
de 9h à 17h**

Accueil le matin de 8h à 9h
Accueil le soir de 17h à 18h

Activités variées : manuelles,
sportives, culturelles

Possibilité de manger sur place

**Place du chapitre
Rozoy-sur-Serre**

OUVERTURE AUX ENFANTS DÈS 3 ANS

**ATTENTION
Places
limitées**

Renseignements et Inscriptions

Antoine de Tact

07 67 47 75 30

loisirstact@gmail.com

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



NOM:..... PRENOM:.....

Sexe: F M Age:..... Date de Naissance:/...../..... Nationalité:.....

Adresse où réside l'enfant:

Code Postal..... Ville:.....

Représentant légal de l'enfant: Père Mère Tuteur

INSCRIPTION

Pour une inscription à l'année :

Pour une inscription au mois :

→ Veuillez indiquer les mois où vous souhaitez inscrire votre enfant :

.....
.....
Une inscription est toujours possible d'un mois à l'autre dans la mesure des places disponibles.

NOM:..... PRENOM:.....

Pour recevoir votre confirmation d'inscription indiquez ci-dessous votre mail:

.....@.....

Adresse: Code Postal..... Ville:.....

Tel domicile: Tel Portable: Tel professionnel:

N° Allocataire CAF: Caisse:.....

N° Sécurité Sociale: Caisse:

Responsable de l'enfant pouvant être contacté durant le séjour (Obligatoire)

NOM:..... PRENOM:.....

Relation avec l'enfant: e-mail:.....@.....

Tel domicile: Tel Portable: Tel professionnel:

Je soussigné..... représentant légal de l'enfant autorise la Direction du centre à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions chirurgicales (anesthésie comprise) en cas de nécessité. J'accepte de payer l'intégralité ou la part des frais de séjour m'incombant ainsi que les frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels. J'autorise que mon enfant soit pris en photos et puisse paraître dans la presse et sur le compte facebook de l'association.

Accueil le matin de 8h00 à 9h00

Repas pris sur place, fourni par les parents

Un repas froid doit être fourni par les parents dans un sac isotherme avec le nom de l'enfant, et sera conservé au réfrigérateur jusqu'à l'heure du repas.

Accueil le soir de 17h00 à 18h00

Compte tenu du nombre de places limitées, 3 critères de priorité pour la validation définitive de l'inscription :

1. Enfants ressortissant de la communauté de communes des Portes de Thiérache.
2. Priorité aux enfants avec une inscription à l'année.

TARIF CAF

Tranche 1: QF de 0 et 400€	6 €/jour
Tranche 2: QF de 401€ à 550€	7 €/jour
Tranche 3: QF de 551 à 700€	9 €/jour
Tranche 4: QF de plus de 700€	12€ /jour

Il appartient aux familles de justifier par attestation de la CAF votre quotient familial. Sans document, le tarif maximum sera appliqué et il ne pourra être procédé à aucun remboursement.

Les inscriptions se font en MOIS ENTIER et avec un dossier COMPLET

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

Règlement à l'inscription, encaissement chaque 5 du mois ou chèque à l'année.

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 Septembre 2024 au 31 décembre 2025

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
- 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

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