



ALSH Année 2025

Nom :

Prénom :

Garçon / Fille

Né le : (.....ans) à :

	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

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 8h00 à 9h00) : OUI / NON

SOIR (de 17h00 à 18h00) : OUI / NON

Votre enfant sait-il nager ? OUI / NON

Votre enfant fait-il la sieste ? 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
Tranche 1 : de 0€ à 400€	25 € / semaine	35 € / semaine	50 € / semaine	60 € / semaine
Tranche 2 : de 401 € à 550 €	30 € / semaine	40 € / semaine	55 € / semaine	65 € / semaine
Tranche 3 : de 551 € à 700 €	40 € / semaine	50 € / semaine	65 € / semaine	75 € / semaine
Tranche 4 : plus de 700 €	55 € / semaine	65 € / semaine	80 € / semaine	90€ / semaine

Liste des communes conventionnées : Rozoy-sur-Serre, Montcornet, 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 NA 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.

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 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 2025 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 organisés 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
- Photocopie du carnet de vaccinations
- Fiche sanitaire de liaison
- Autorisation de diffusion et règlement
- Certificat d'assurance responsabilité civile
- Test d'aisance aquatique (Si l'enfant sait nager)

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