



# FICHE D'INSCRIPTION 2024/2025

Accueil de Loisirs Intercommunal du Pays de Quintin

## *Renseignements enfants*

NOM et Prénom de l'enfant : .....

Date de Naissance : .....

Classe : .....

NOM et Prénom de l'enfant : .....

Date de Naissance : .....

Classe : .....

NOM et Prénom de l'enfant : .....

Date de Naissance : .....

Classe : .....

NOM et Prénom de l'enfant : .....

Date de Naissance : .....

Classe : .....

## *Renseignements Famille*

**Père** : NOM et Prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse : ..... Commune : .....

Tél : ..... Email : .....

**Mère** : NOM et Prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse : ..... Commune : .....

Tél : ..... Email : .....

## ***OBLIGATOIRE***

MSA : ..... Quotient Familial : .....

Ou CAF : ..... Quotient Familial : .....

Je certifie exacts les renseignements portés sur la fiche de renseignements.

Je décharge les responsables de la M.J.C. de toutes responsabilités en cas d'accident qui pourrait survenir en dehors des horaires prévus pour l'activité

### Les TARIFS de l'accueil de loisirs 3-11 ans

Tarifs	Tranche de Quotient familial	Journée (repas compris)
Tarif 1	QF ≤ 559	9,50 €
Tarif 2	559 < QF ≤ 1000	11,50 €
Tarif 3	1001 ≤ QF ≤ 1260	14,00 €
Tarif 4	1260 ≤ QF ≤ 1500	15,00 €
Tarif 5	QF > 1500	16,00 €

### à partir du 1<sup>er</sup> Septembre 2024

Tarifs	Tranche de Quotient familial	Journée (repas compris)
Tarif 1	QF ≤ 599	9,50 €
Tarif 2	600 < QF ≤ 1000	11,50 €
Tarif 3	1001 ≤ QF ≤ 1260	14,00 €
Tarif 4	1261 ≤ QF ≤ 1500	15,00 €
Tarif 5	QF > 1500	16,00 €

### Les TARIFS de l'accueil de loisirs 11-17 ans

Tarifs	Tranche de Quotient familial	Participation Mensuelle
Tarif 1	QF ≤ 599	1€
Tarif 2	600 < QF ≤ 1000	2€
Tarif 3	1001 ≤ QF ≤ 1260	3€
Tarif 4	QF > 1260	4€

Le tarif des activités dépendra de leur nature et ira ainsi de 0 € à 15 €

### Les TARIFS des séjours

Tarifs	Tranche de Quotient familial	Par jour
Tarif 1	QF ≤ 559	21 €
Tarif 2	559 < QF ≤ 1000	23 €
Tarif 3	1001 ≤ QF ≤ 1260	24 €
Tarif 4	1260 ≤ QF ≤ 1500	25 €
Tarif 5	QF > 1500	26 €

Pour que le tarif qui vous concerne soit appliqué au 1<sup>er</sup> janvier 2024, vous devez fournir :

- Votre numéro d'allocataire CAF
- ou l'attestation de Quotient Familial (délivré par la CAF),
- ou l'attestation de Quotient Familial (délivré par la MSA)
- l'avis d'imposition de l'année 2024 sur les revenus 2023 (Uniquement pour les personnes qui ne sont pas ressortissants du régime CAF ou MSA)

**Attention : si vous ne fournissez pas la pièce justificative demandée, le tarif maximum vous sera facturé.**

Date et signature

Dans ces tableaux, reportez-vous à la tranche qui correspond à votre quotient familial



# AUTORISATION PARENTALE

## 2024/2025

Accueil de Loisirs Intercommunal du Pays de Quintin

Je soussigné(e), Madame, Monsieur : .....

Lien avec l'enfant : .....

De l'enfant : .....

**Après avoir consulté l'information diffusée aux familles concernant l'organisation de l'accueil, j'inscris mon enfant à l'Accueil de Loisirs Intercommunal de Pays de Quintin organisé par la MJC (3-17 ans) pour l'année 2023/2024.**

*J'atteste et m'engage à :*

- respecter le protocole sanitaire mis en place par la MJC
- ne pas amener mon enfant à l'accueil de loisirs s'il est fiévreux ou s'il a les signes d'une maladie contagieuse.
- transmettre à la MJC tout changement me concernant (adresse, téléphone ...) ou concernant mon enfant (modification de la fiche sanitaire) pour l'année 2024/2025
- prendre connaissance avec mon enfant du règlement intérieur des ALSH et de la MJC du Pays de Quintin
- accepter les modalités d'inscription (délai de prévenance pour les jours de présence de l'enfant, paiement, ...)

*Autorise mon enfant pendant cette période :*

- à participer aux activités de l'ALSH
- à circuler dans les véhicules mis à disposition par l'association et d'éventuels transports collectifs
- à quitter seul(e) le centre    Oui     Non     Si oui, quelle heure ? .....

*Autorise la directrice de l'ALSH :*

Oui                  Non

- à faire soigner mon enfant susnommé et à prendre toutes mesures, y compris l'hospitalisation, nécessitées par son état de santé, selon les prescriptions du corps médical consulté.
- à diffuser l'image de mon enfant (photos, vidéos) pour la communication de la MJC (site, réseaux sociaux de la MJC, affiches, prospectus, flyers, presse ...)

## Vacados (11-17 ans)

Oui

Non

➤ Autorise la Directrice de l'ALSH à diffuser ponctuellement  
L'image de mon enfant sur les réseaux sociaux  
(Facebook, Instagram, Snapchat)

➤ Autorise mon enfant à rentrer seul après l'activité

Fait à

Le

---

**Signature**



# FICHE SANITAIRE 2024/2025

## Accueil de Loisirs Intercommunal du Pays de Quintin

### L'ENFANT

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

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

GARÇON

FILLE

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

## 1 - VACCINATIONS

*L'enfant doit être vacciné (sauf contre-indication médicale reconnue) pour pouvoir être admis en collectivité d'enfants (ALSH et/ou camps). L'admission d'un mineur selon l'une des modalités prévues à l'article R. 227-1 est subordonnée à la présentation d'un document attestant de sa situation au regard des obligations vaccinales conformément aux dispositions de l'article R. 3111-8 du code de la santé publique. Les parents peuvent présenter un certificat attestant du respect de l'obligation prévue à l'article L. 3111-2, à savoir que l'enfant est à jour de ses vaccinations. Ils peuvent également présenter le carnet de santé comme justificatif de la réalisation des vaccinations obligatoires. Enfant né avant 2018 : Les vaccinations obligatoires sont les suivantes : la primo vaccination diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP). Enfant né à partir de 2018 : Les 11 vaccinations obligatoires sont les suivantes, pour les bébés et les enfants : Diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP), Coqueluche, Infections invasives à Haemophilus influenzae de type B, Hépatite B, Infections invasives à pneumocoque, Méningocoque de séro groupe C, Rougeole, oreillons et rubéole.*

Je fournis :  Un certificat médical de mon médecin attestant du respect de l'obligation vaccinale

Ou  Une copie du carnet de santé de mon enfant

## 2 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

➤ L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant sa présence au centre de loisirs ou le séjour ?

Oui  Non

*Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (Boîtes de médicaments dans l'emballage d'origine marquées au nom de l'enfant). Aucun médicament ne sera donné sans ordonnance.*

➤ L'enfant est-il en **situation de handicap** ? Oui  Non

Si oui, précisez : .....

Si oui, a-t'il une notification MDPH ? Oui  Non

Si oui, est-il bénéficiaire de l'AEEH (Allocation Education Enfant Handicapé) ? Oui  Non

*Merci de nous fournir un justificatif du bénéfice AEEH pour chaque enfant concerné. Il peut s'agir de la notification d'ouverture de droit de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) ou bien de la notification de droits et de paiement de la CAF ou MSA. Ce document nous sera demandé en cas de contrôle.*

➤ **ALLERGIES : ASTHME** oui  non

**MEDICAMENTEUSES** oui  non

**ALIMENTAIRES** oui  non

**AUTRES** .....

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR.**

**P.A.I** (projet d'accueil individualisé) en cours oui  non  (joindre le protocole et toutes informations utiles)

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

➤ A titre indicatif l'enfant a-t-il déjà eu les **maladies** suivantes ?

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

➤ L'enfant à t-il eu des **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les **précautions à prendre**.

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

### **3 - INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES** (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui  non

DES LUNETTES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui  non

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui  non

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....  
.....

### **4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

Non ..... Prénom : .....

Adresse .....

Tél fixe et portable, domicile : ..... bureau : .....

Nom et téléphone du médecin traitant (*FACULTATIF*) .....

*Je soussigné, ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*

Date :

Signature :

*Merci de joindre à ce formulaire sous enveloppe cachetée toute information d'ordre médical importante (dont contre-indications, pathologies spécifiques etc) pour la prise en charge médicale de votre enfant. Couverte par le secret médical, celle-ci sera transmise exclusivement aux services d'urgences ou aux professionnels de santé.*

*Vous devrez compléter/actualiser ces informations en cas de changement et nous les transmettre à nouveau sous enveloppe cachetée. Ces documents vous seront rendus en fin d'année ou en cours d'année si vous quittez la structure.*

FICHE PLANNING  
ACCUEIL EXTRA-SCOLAIRE VACANCES D'ETE  
Du 8 juillet au 23 août 2024

**Parents**

Nom et prénom.....  
Téléphone.....  
Commune .....

**Vos enfants**

Prénom..... NOM ..... Classe.....  
Prénom..... NOM ..... Classe.....  
Prénom..... NOM ..... Classe.....  
Prénom..... NOM ..... Classe.....

**Lieu du centre de loisirs de vos enfants :**

**ST BRANDAN**

Pour les familles résidant à :  
QUINTIN, LANFAINS, SAINT BRANDAN,  
LA HARMOYE

**LE FOEIL**

Pour les familles résidant à :  
LE FOEIL, LE VIEUX BOURG, SAINT BIHY,  
LE LESLAY, ST GILDAS et ST DONAN

**PLAINE-HAUTE**

Pour les familles résidant à :  
PLAINE-HAUTE

*Cocher les jours d'inscription :*

**Inscription par semaine à la journée exclusivement et sur 2 jours minimum**

Semaines	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi
Du 8 au 12 juillet					
Du 15 au 19 juillet					
Du 22 au 26 juillet					
Du 29 juillet au 2 août					
Du 5 au 9 août					
Du 12 au 16 août				FERIE	
Du 19 au 23 août					

**RAPPEL - Horaires du centre de loisirs - Ouverture à 7h30 - Fermeture à 18h30**

**Accueil des enfants jusqu'à 9h30 et départ à partir de 17h30.**

Carte :  Chèque :  (Paiement à l'inscription possibilité de 2 chèques OUI  NON )

Espèces :  A.N.C.V. :

Bons M.S.A :  (Bons vacances MSA à déduire lors du paiement OUI  NON )

J'AUTORISE les services administratifs de la MJC à consulter le service CDAP de la CAF pour relever le quotient familial à partir du numéro d'allocataire CAF transmis OUI  NON

**Date et signature**