



ALSH

petites vacances

partie
à conserver

Saint-Venant
& communes partenaires :
Busnes,
Calonne-sur-la-Lys,
Mont-Bernanchon, Rebecq,
Saint-Floris & Guarbecque

du Lundi 26 Février au Vendredi 1er Mars 2024

DOSSIER D'INSCRIPTION

attention, places limitées

L'ACCUEIL DE LOISIRS "PETITES VACANCES"

est ouvert aux enfants Saint-Venentais et des communes partenaires
déjà scolarisés et jusqu'en 2009.

L'ACCUEIL DE LOISIRS SE DERoule A LA JOURNEE COMPLETE

de 9h00 à 17h00 (repas & goûter fournis)

service de garderie, le matin de 7h30 à 9h00, le soir de 17h00 à 18h00

DOSSIER D'INSCRIPTION A RENDRE COMPLET

AVANT LE VENDREDI 16 FEVRIER 2024

ET Y JOINDRE LES DOCUMENTS CI-DESSOUS :

- > Photocopie du Carnet de Vaccinations
- > Fiche sanitaire dûment remplie
- > Photocopie de l'avis d'imposition 2023 et/ou Attestation CAF
(si non fourni(e), le tarif le plus haut sera appliqué)



ville de
saint-venant
www.saint-venant.fr

HÔTEL DE VILLE
Place du Général de Gaulle - 62350 SAINT-VENANT
Tél. : 03 21 63 86 20 - Courriel : mairie-st-venant@wanadoo.fr
Accueil du public : du Lundi au Vendredi,
de 8h30 à 12h00 et de 16h00 à 18h00



PROGRAMME ET INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Places limitées
Planning transmis le premier jour de l'accueil

Du 26 Février au 1 Mars
Dossier d'inscription disponible et à redigier en mairie de Saint-Venant pour le 16 Février

Ouvert aux enfants Saint-Venentais et des communes partenaires (Désa scolaires et jusqu'en 2002)

L'inscription se fait **POUR TOUTE LA SEMAINE**
DE 9 H à 17 H : Repas et goûter fournis
Service de garde, de 7h30 à 9h, et de 17h à 19h
Service de bus (circuit mis en place pour les communes partenaires)




Rejoignez le groupe privé Facebook
"ALSH Hiver 2024 Saint-Venant et communes partenaires"

<https://www.facebook.com/groups/1008164280978570>

(ou scannez le QR-CODE ci contre)

Acceptation après validation de votre dossier.

HORAIRES DES BUS ALSH PETITES VACANCES 2024

	GUARBECCQUE (salle des fêtes)	BUSNES (cimetière)	BUSNES (stade)	ROBECQ (église)	MONT- BERNANCHON (mairie)	RIETZ DU VINAGE (arrêt de bus)	CALONNE S/LYS (salle des fêtes)	SAINT- FLORIS (mairie)
BUS N°1	8h20	8h30	8h35	8h45	8h20	8h30	8h40	8h50
	17h20	17h30	17h35	17h45	17h20	17h30	17h40	17h50

TARIFS ALSH "PETITES VACANCES"



1 SEMAINE (5 jours)	QF < 700 €		701 € < QF < 1.300 €		QF > 1.301 €	
SAINT-VENANT et communes partenaires*	1er enfant 61,00 €	suivant(s) 56,00 €	1er enfant 67,00 €	suivant(s) 61,00 €	1er enfant 73,00 €	suivant(s) 67,00 €

* communes partenaires : BUSNES, CALONNE-SUR-LA-LYS, MONT-BERNANCHON, ROBECQ, SAINT-FLORIS & GUARBECCQUE

L'ACCUEIL DE LOISIRS NE SERA REMBOURSE QUE SUR PRESENTATION D'UN CERTIFICAT MEDICAL

LES COMMUNES PARTENAIRES PAYENT LE TARIF SAINT-VENANTAIS

par convention signée avec la Ville de SAINT-VENANT

LA CAF D'ARRAS EST PARTENAIRE DE NOS STRUCTURES DE LOISIRS

Possibilité de déduction de l'aide "temps libres"

(joindre l'attestation CAF)

Les tarifs appliqués prennent en compte le Quotient Familial

Le règlement de la facture est à effectuer impérativement à la Trésorerie de LILLERS

ou à la Civette de Paris de SAINT-VENANT

(pour un règlement en plusieurs fois, merci de vous adresser dès réception de la facture à la Trésorerie de LILLERS)

TARIFS GARDERIE "PETITES VACANCES"



matin (7h30-9h00)	soir (17h00-18h00)	matin & soir	dépassements
1,50 €	1,00 €	2,00 €	+2,00 € (ap. 18h15) / +5,00 € (ap. 19h00)

Le service sera facturé à la fin de l'accueil

Pour la période du Lundi 26 Février au Vendredi 1er Mars 2024
L'inscription s'effectue pour TOUTE LA SEMAINE, journée complète

NOM & Prénom de l'enfant : _____ Age exact en Février 2024 : _____ ans

Date & Lieu de naissance : _____ / _____ / _____ à _____ Classe en 2023-2024 : _____

NOM, Prénom & Adresse de résidence (pour facturation) : _____

NOMS & Prénoms des Responsables légaux : _____ / _____

Téléphone(s) des Responsables légaux : _____ / _____

ne copier le téléphone qu'une fois si identique aux deux parents

Autorité parentale : parents mère père L'enfant est-il autorisé à repartir seul du centre ? Oui Non
(joindre la copie du jugement)

TRANSPORT :

> l'enfant prendra-t-il le bus ? L'enfant est-il autorisé à repartir seul du bus ? Oui Non

- Oui, le matin Non, le matin
 Oui, le soir Non, le soir

> commune & lieu d'arrêt : _____
(merci de respecter votre choix pour la bonne gestion des transports)

PERSONNES AUTORISEES A REPENDRE L'ENFANT (Y COMPRIS LES PARENTS)

NOM & Prénom de la personne	Lien avec l'enfant	Téléphone

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

CPAM - Organisme : _____ N° Assuré(e) : _____

MUTUELLE - Organisme : _____ N° Assuré(e) : _____

ALLOCATION FAMILIALE - N° d'allocataire : _____

AUTORISATION DU DROIT A L'IMAGE

Je soussigné, _____, AUTORISE (sur tout support) N'AUTORISE PAS
 AUTORISE (uniquement sur groupe privé #Facebook)
la structure d'Accueil de Loisirs à utiliser l'image de mon enfant afin de publier d'éventuelles photos et vidéos sur les réseaux sociaux de l'Accueil de Loisirs ou dans la presse, dans l'unique but de promouvoir un événement ou d'en faire un bilan.

EN CAS D'URGENCE

Je soussigné, _____, Responsable de l'enfant, m'engage à envoyer mon enfant en bonne santé à l'Accueil de Loisirs, et autorise la Direction à prendre toutes les mesures qu'elle/il jugerait utile au cas où l'enfant aurait besoin de soins urgents.

Date : _____ / _____ / _____ Signature : _____



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
 MEDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
 Précisez :

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :
 ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :
 TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :
 ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :
 TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :