



ville de  
**saint-venant**

& communes partenaires :

**Busnes, Calonne-sur-la-lys,  
Mont-Bernanchon,  
Robecq, Saint-Floris  
& Guarbecque**

**DOSSIER D'INSCRIPTION**

**ALSH**

**Accueil de Loisirs Sans Hébergement  
petites vacances**

partie à  
**conserver**

**du Lundi 7 au Vendredi 11 Avril 2025**

ouvert aux enfants  
saint-venantais et des  
communes partenaires,  
nés en 2010 et après  
et déjà scolarisés

se déroule à la  
**journée complète,**  
**de 9h00 à 17h00**  
(repas & goûter fournis)

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

service gratuit  
de  
transport en bus,  
pour les communes  
partenaires

à rendre **COMPLET,**  
en Mairie de SAINT-VENANT, avant le  
**Mercredi 26 Mars 2025**  
**dernier délai impératif**

et en fonction des places restantes disponibles

**ET Y JOINDRE LES DOCUMENTS CI-DESSOUS :**

- > Photocopie du Carnet de Vaccinations
  - > Fiche sanitaire dûment remplie
  - > Photocopie de l'avis d'imposition 2024  
et/ou Attestation CAF
- (si non fourni(e), le tarif le plus haut sera appliqué)



ville de  
**saint-venant**  
[www.saint-venant.fr](http://www.saint-venant.fr)

**HÔTEL DE VILLE - SERVICES ADMINISTRATIFS**  
Place du Général de Gaulle - **62350 SAINT-VENANT**  
Tél. : **03 21 63 86 20** - Courriel : [mairie@saint-venant.fr](mailto:mairie@saint-venant.fr)  
Accueil du public : du Lundi au Vendredi,  
de 8h30 à 12h00 et de 16h00 à 18h00



**TOUT DOSSIER RENDU VAUT ENGAGEMENT ET FACTURATION - NE PEUT-ÊTRE TRAITÉ QUE SI COMPLET**

1/4

# PROGRAMME ET INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

thème de la semaine :  
**"Oh les pattes !"**

activités proposées :

dennlys parc,  
 dragon de calais,  
 ferme itinérante,  
 paintball



Rejoignez le groupe privé Facebook  
**"ALSH Printemps 2025 Saint-Venant et communes partenaires"**

<https://www.facebook.com/groups/1578562256143609>

Acceptation après validation de votre dossier.

## HORAIRES DES BUS ACCUEIL DE LOISIRS "PETITES VACANCES"



## TARIFS ACCUEIL DE LOISIRS & GARDERIE "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-FLORES & GUARBECQUE

**L'ACCUEIL DE LOISIRS NE SERA REMBOURSÉ QUE SUR PRÉSENTATION D'UN CERTIFICAT MÉDICAL**

**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)

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 de loisirs





# BULLETIN D'INSCRIPTION

partie à déposer

Pour la période **du Lundi 7 au Vendredi 11 Avril 2025**  
L'inscription s'effectue pour **TOUTE LA SEMAINE**, journée complète

NOM & Prénom de l'enfant : ..... Age exact en Avril 2025 : ..... ans

Date & Lieu de naissance : ..... / ..... / ..... à ..... Classe en 2024-2025 : .....

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 :

**merci de respecter votre choix pour la bonne gestion des transports**

> 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 : .....

## PERSONNES AUTORISÉES A REPREDRE L'ENFANT (EN DEHORS DES RESPONSABLES LÉGAUX)

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

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

RESPONSABILITÉ CIVILE - Assureur : ..... N° Police : .....

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

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

ALLOCATION FAMILIALE - N° d'allocataire : .....

## AUTORISATIONS DIVERSES

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.

AUTORISE  N'AUTORISE PAS

mon enfant à être maquillé(e) dans le cadre des activités proposées par la Structure d'Accueil de Loisirs.

## 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  
MÉDICAMENTEUSES  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 : .....

# TABLEAU À COMPLÉTER OBLIGATOIREMENT !