****

**Cadre réservé à l’administration**

**FAMILLE : COMMUNE : QF : REGIME :**

**Prénom : Prénom : Prénom : Prénom :**

**Age: Age : Age : Age :**

****

**DOSSIER D’INSCRIPTION**

**2022-2023**

Accueil de loisirs deColombelles

* **ACCUEIL CARTABLE (matin et/ou soir)**
* ** CENTRE DE LOISIRS (mercredis et/ou vacances)**

**Les Francas du Calvados**

**Maison des Associations-1018 Grand Parc 14200 Hérouville-Saint-Clair**

Courriel : [colombelles@francasnormandie.fr](mailto:colombelles@francasnormandie.fr)

Téléphone : 02.31.84.93.48



Service délégué par : Dans le cadre de : En partenariat et avec le soutien de

**Informations pratiques**

• Votre enfant a-t-il déjà fréquenté un centre de loisirs ? Oui Non • Un centre Francas ? Oui Non

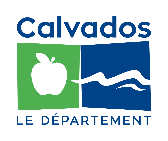
• Votre enfant est-il déjà parti en vacances collectives ? Oui Non

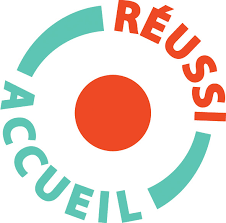
• Votre enfant fait-il la sieste ? Oui Non • Avec un doudou ? Oui Non

• Votre enfant sait-il nager ? Oui Un peu Non

• Avez-vous des attentes particulières quant au séjour de votre enfant avec les Francas (activités, rythmes et cadre de vie…) ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Une image contenant texte

Description générée automatiquement**



**Responsable légal de l’(des) enfant(s)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **PERE** | | **MERE** | **Autre (précisez): ……………………..** |
| **Responsable légal :** |  | | **** | **** | |
| **Facture à envoyer à :** |  | | **** | **** | | |
| Nom |  | |  |  |
| Prénom |  | |  |  |
| Adresse complète |  | |  |  |
| Téléphone |  | |  |  |
| E-mail |  | |  |  |
| Profession |  | |  |  |
| Sécurité sociale | Nom et prénom de l'assuré auquel l'enfant est rattaché : | | |  |
|  | N° : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | Adresse Caisse : | |  |
| Allocataire | CAF MSA | Nom et prénom de l'allocataire : | |  |
|  | N° :\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | Adresse Caisse : | |  |
|  | **Montant du quotient familial** *(obligatoire)* : \_ \_ \_ \_ \_ \_  Etes-vous sous tutelle financière ? oui non Organisme : | | |  |

**Personnes autorisées à venir chercher l’enfant et/ou à prévenir en cas d’urgence (remplir et cocher les cases correspondantes) :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lien | Nom | Autoriser à venir chercher l’enfant | A prévenir en cas d’urgence | Téléphone |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Enfant(s) concernés :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom** | **Prénom** | **Né(e) le :** | **A :** | **Classe :** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Personnes autorisées à venir chercher l’(les) enfant(s) et/ou à prévenir en cas d’urgence :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lien** | **Nom** | **Autorisé(e) à venir chercher l’enfant ?** | **A prévenir en cas d’urgence ?** | **Téléphone** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**AUTORISATIONS PARENTALES**

Je soussigné(e) …………………………………………………………………………, responsable légal de(s) l’enfant(s) mentionnés ci-dessus déclare :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Oui** | **Non** |
| Avoir pris connaissance des conditions générales liées à l’inscription et m’engage à les respecter |  |  |
| Autoriser mon(mes) enfant(s) à participer à toutes les activités permises par la réglementation des accueils collectifs de mineurs (sorties à pied, en vélo, en bus, à la piscine, à la mer en camping, …) |  |  |
| Autoriser l’Association Les Francas a transporter mon(mes)enfant(s) vers les différents lieux d’activités : |  |  |
| Autoriser mon(mes) enfant(s) à se baigner |  |  |
| Autoriser la prise de photographies, de sons ou de vidéos, représentant mon enfant dans le cadre des activités mises en place par l’association « Les Francas » |  |  |
| Autoriser la diffusion et la publication des enregistrements audio, photographies ou vidéos le représentant  - sur les pages Facebook Francas, le site internet et les publications de l’association Les Francas  - sur tout support d’information relatif à la promotion d’activités |  |  |
| Autoriser mon(mes) enfants(s) à rentrer seul après le centre de loisirs et/ou l’accueil cartable |  |  |
| Dégager la responsabilité du directeur et des organisateurs du centre en cas d’accident qui surviendrait en dehors des heures d’accueil à l’extérieur du centre, notamment sur le trajet entre le centre et mon domicile |  |  |
| Confirmer l’exactitude des renseignements d’inscriptions |  |  |

Signature du représentant légal Date :

(précédée de la mention lu et approuvé) :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pièces à fournir au moment de l’inscription :**  **L’inscription ne sera définitive qu’à réception de ces pièces** | | | |
|  | **Oui** | **Non** | **En attente** |
| **Dossier famille complété et signé** |  |  |  |
| **Fiche sanitaire de liaison :**  Une pour chaque enfant |  |  |  |
| **Copie du carnet de vaccinations** |  |  |  |
| **Fiche d’inscription annuelle ou par période**  Une pour l’accueil cartable  Une pour le centre de loisirs |  |  |  |
| **Allocataire CAF ou MSA :**  Attestation précisant le montant de votre quotient familial\*  **Non allocataire :**  Dernier avis d’imposition\* |  |  |  |
| **Attestation Caisse Primaire d’Assurance Maladie** |  |  |  |
| **Copie de votre carte de mutuelle complémentaire** |  |  |  |
| **Attestation d’assurance péri et extrascolaire** |  |  |  |
| **Acompte de 50% du montant total prévisionnel de la période** |  |  |  |
| **Coupon d’adhésion familial annuel complété et règlement de 15€** |  |  |  |
| **Si concerné :** | | | |
| **Notification de prise en charge AEEH** ou l'accusé de réception de demande de reconnaissance **par la MDPH pour les enfants porteurs de handicap** |  |  |  |
| **Justificatif de bourse ou prise en charge** (Comité d’entreprise, JPA, Conseil Départemental, CAF…) |  |  |  |

**\* Sans attestation ou avis d’imposition la tarification la plus haute sera facturée.**