

Cadre réservé à l'administration

FAMILLE :

COMMUNE :

QF :

REGIME :

Prénom :
Age :

Prénom :
Age :

Prénom :
Age :

Prénom :
Age :

les francas

du Calvados

L'éducation en mouvement !

DOSSIER D'INSCRIPTION 2022-2023

Accueil de loisirs de Colombelles

- 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

Téléphone : 02.31.84.93.48

Service délégué par :

Dans le cadre de :

En partenariat et avec le soutien de



Responsable légal de l'(des) enfant(s)

| | PERE | MERE | Autre (précisez): |
|-----------------------|---|----------------------------|----------------------------|
| Responsable légal : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ? | <input type="checkbox"/> ? |
| Facture à envoyer à : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ? | <input type="checkbox"/> ? |
| 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 | <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA Nom et prénom de l'allocataire : N° : _____ Adresse Caisse : Montant du quotient familial (obligatoire) : _____ Etes-vous sous tutelle financière ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Organisme : | | |

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
(précédée de la mention lu et approuvé) :

Date :

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 <u>de la période</u> | | | |
| 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.