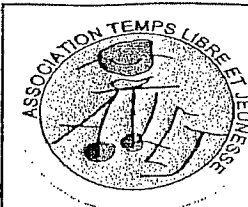
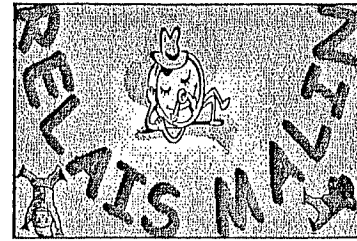
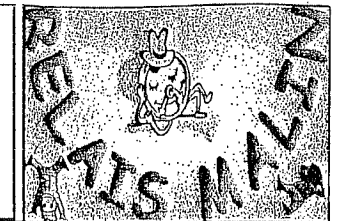


Tél : 02.32.26.08.57
 Fax : 02.32.26.06.83
 atlej@wanadoo.fr



**ACCUEIL PÉRISCOLAIRE
 DE VILLIERS EN D.
 2014-2015**



Nom & Prénom de l'enfant :
 Date & Lieu de naissance :
 Adresse complète :
 N° de téléphone domicile :
 N° de téléphone portable :
 Adresse mail :
 Nom du chef de famille :
 Profession du père :
 N° de téléphone pro :
 Profession de la mère :
 N° de téléphone pro :
 Régime des familles : CAF MSA Autre (Précisez).....
 N° d'allocataire :

DECHARGE

Je soussigné.....autorise mon enfant..... :

à rentrer seul à la maison à partir de

à rentrer avec.....,qui
 viendra le chercher exceptionnellement le..... à l'heure
 habituelle de départ.

à rentrer avec.....,qui viendra
 le chercher tous les soirs.

Je décharge donc l'Association Temps Libre Et Jeunesse de toute responsabilité
 lors du départ de mon enfant dans l'un de ces cadres noté ci dessus.

Signature des parents :

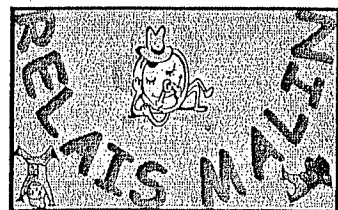
Personne à prévenir en cas de retard
 ou d'impossibilité des parents
 &
 N° de téléphone

	MATIN	SOIR
LUNDI		
MARDI		
MERCREDI		
JEUDI		
VENDREDI		

Afin que votre dossier d'inscription soit complet et pris en compte, merci de fournir les documents suivants :

- Feuille d'inscription
- Fiche sanitaire & photocopie du carnet de santé
- Autorisation de diffusion d'image
- Règlement intérieur
- Avis d'imposition 2013 si celui-ci n'a jamais été fourni

Pour les enfants rentrants seuls à la maison à partir d'une certaine heure, pour ceux participant à un atelier ou pour chaque départ exceptionnel une décharge est à retourner aux animateurs.



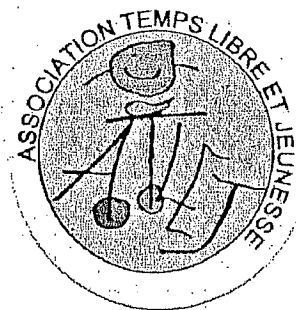
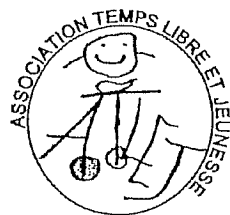
REGLEMENT INTERIEUR

1. L'accueil périscolaire est ouvert les lundis, mardis, jeudis et vendredis de 7h30 à 8H45 et de 16H30 à 19H00.
2. L'accueil périscolaire « Le Relais malin », n'est ouvert qu'aux enfants scolarisés et fréquentant les écoles maternelles et primaires de Villiers en D et dont les deux parents travaillent.
3. L'inscription à l'accueil périscolaire s'entend pour des périodes fixes et nous n'accueillerons pas d'enfants ponctuellement sauf exceptionnellement pour des raisons particulières.
4. Une fiche sanitaire relatant l'état de santé de l'enfant devra être rendue au plus tard à la première venue de l'enfant.
5. L'accueil fermant impérativement à 19H00, le nom et le numéro de téléphone d'une personne à appeler, en cas de retard des parents, devront être fournis.
6. Les familles se chargeront de donner chaque jour un goûter à leur(s) enfant(s). Un supplément de 0,75€ vous sera facturé si l'enfant l'oublie trop régulièrement.
7. Le matin, les enfants devront être accompagnés jusqu'à la porte de l'accueil périscolaire et remis au responsable. La restitution des enfants ne sera faite qu'aux parents, sauf autorisation écrite de ceux ci stipulant le nom d'une personne les remplaçant. Sur autorisation écrite des parents les enfants pourront rentrer seul chez eux, dans ce cas la responsabilité des parents sera seule engagée.
8. Le montant de la séance est fixée, en fonction des revenus des familles, de 0.59 à 3.09 euros par enfant, quelque soit le temps passé par l'enfant.
9. Les familles devront nous faire parvenir dans les meilleurs délais leurs avis d'imposition afin que nous puissions déterminer le tarif par séance
10. Les factures seront envoyées aux familles chaque fin de mois par la secrétaire de l'association : Melle GAMBARARA Céline. En cas de non paiement dans les délais, l'enfant ne sera plus accepté.
11. Les règlements par chèque devront désormais être libellés à l'ordre de l'association Temps libre et Jeunesse. Il est à noter que les animateurs ne peuvent pas faire parvenir vos règlements à la secrétaire.
12. Tout acte de violence ou de non respect vis à vis de l'équipe, pourra entraîner le renvoi de l'enfant.
13. Nous ne sommes pas responsable des jouets, jeux et effets personnels amenés par les enfants. Ainsi nous retirons toute responsabilité en cas de casse ou de vol.
14. En cas d'accident nécessitant l'intervention d'un médecin, il sera fait appel dans un premier temps au cabinet médical de Bueil ou de Villiers en D.
15. Aucun médicament ne sera administré sur l'accueil hors accord écrit préalable des familles.
16. En cas de désistement trop important des familles, nous nous réservons le droit de fermer l'accueil périscolaire à tout moment, après en avoir informé les parents.
17. Un dossier incomplet ne sera pas pris en compte.
18. Ce présent règlement doit être rendu signé le jour de l'inscription.
19. Numéro de téléphone à joindre en cas de retard. **GOUX Morgan 06.20.95.09.50**

Date et Signature des Parents

Le directeur du Périscolaire
Morgan GOUX

Le responsable de l'Association
Nicolas DECOOMAN



AUTORISATION D'UTILISATION DE PHOTOGRAPHIES, D'IMAGES OU VIDEOS POUR LES MINEURS

« L'autorisation du droit à l'image » est un document obligatoire en vue de diffusions de photographies et/ou vidéos de votre enfant.

Pour cela, vous trouverez ci-dessous un formulaire à remplir et à nous remettre pour valider votre autorisation. Vous vous réservez le droit de retirer votre autorisation à tout moment, auquel cas, vous en informez par écrit l'Association Temps Libre Et Jeunesse qui s'engage alors à ne plus diffuser et à retirer les photographies et/ou vidéos représentant votre enfant. Les photographies et/ou vidéos restent la propriété de l'ATLEJ et seront archivées et/ou détruites.

Cordialement,

L'Association Temps Libre Et Jeunesse



Association Temps Libre Et Jeunesse, 4bis Grande Rue – 27730 BUEIL
Tél / Fax : 02.32.26.08.57 / 02.32.26.06.83 ou atlej@wanadoo.fr

(Coupon à remplir et à retourner à l'Association Temps Libre Et Jeunesse)

Je soussigné(e).....(Nom).....(Prénom)
(Adresse)
(Code Postal).....(Ville)
 Représentant légal de(Nom).....(Prénom) Né(e) le

Autorise l'Association Temps Libre Et Jeunesse à reproduire ou présenter la ou les photographies et/ou vidéos prises dans le cadre d'activités et/ou de sorties et représentant mon enfant (désigné ci-dessus) :

- Pour la publication dans une revue, un journal ou un ouvrage ;
- Pour la publication sur une affiche, une plaquette ou tout autre support de publicité au nom de l'ATLEJ ;
- Pour la diffusion sur sites internet ;
- Pour présentation en public lors d'une exposition.

N'autorise pas l'Association Temps Libre Et Jeunesse à reproduire ou présenter la ou les photographies et/ou vidéos prises dans le cadre d'activités et/ou de sorties et représentant mon enfant (désigné ci-dessus).

Fait à Le

Signature du représentant légal (précédé de la mention « lu et approuvé, bon pour accord »)



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON

FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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 pris sans ordonnance.

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"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

OBSERVATIONS

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