



CENTRE AERE DE L'AFL DE LIPSHEIM
FICHE D'INSCRIPTION 2024
MERCI DE REMPLIR UN DOSSIER PAR ENFANT

- enfants de 4 à 11 ans (enfants nés avant le 1/07/2020)**
 adolescents de 11 à 16 ans (à partir des CM2 allant au collège)

NOM de l'enfant : PRENOM de l'enfant :
Né(e) le : N° SECU : N° CAF :
ADRESSE :
CP : VILLE : N° ASSUR (RC) :
NOM et PRENOM du père : N° tél :
NOM et PRENOM de la mère : N° tél :

	Lundi 8/07	Mardi 9/07	Mercredi 10/07	Jeudi 11/07	Vendredi 12/07	TARIF N°	MONTANT DÛ
CENTRE	Je choisis la semaine 1					<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	€
GARDERIE*						Nb jours X 3€ =	€
	Lundi 15/07	Mardi 16/07	Mercredi 17/07	Jeudi 18/07	Vendredi 19/07		
CENTRE	Je choisis la semaine 2					<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	€
GARDERIE*						Nb jours X 3€ =	€
	Lundi 22/07	Mardi 23/07	Mercredi 24/07	Jeudi 25/07	Vendredi 26/07		
CENTRE	Je choisis la semaine 3					<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	€
GARDERIE*						Nb jours X 3€ =	€
	Lundi 29/07	Mardi 30/07	Mercredi 31/07	Jeudi 1/08	Vendredi 2/08		
CENTRE	Je choisis la semaine 4					<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	€
GARDERIE*						Nb jours X 3€ =	€
						TOTAL	€
						Chèque au nom de l'AFL CENTRE AERE	
						Carte de membre + frais de dossier	16 €
						Chèque au nom de L'AFL	

* Pour la garderie, cocher le ou les jour(s) souhaité(s)

Paiement voir enfant :

Merci de procéder à deux paiements distincts

ATTESTATION POUR L'EMPLOYEUR : oui non ABONNEMENT BADGEO VALIDE JUILLET/AOUT : oui non

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) : responsable de l'enfant

- autorise le directeur du centre aéré à prendre toutes les mesures utiles en cas d'intervention médicale et/ou chirurgicale pour l'enfant : oui non
 - déclare avoir complété l'autorisation ci-jointe de prise de vue et de diffusion de l'image d'un mineur inscrit au centre aéré de l'AFL
- L'AFL se réserve tout droit d'exclure un enfant ayant un comportement contraire à la philosophie du centre aéré !

LISTE DES PERSONNES AUTORISEES A CHERCHER L'ENFANT :

.....
.....

DATE :

SIGNATURE :

- L'Arbre à Jeu Bricolage Cartonnage Céramique Echecs
 Taties & Loulous Centre Aéré EVS Au Tilleul

Parents :

Nom : Prénom : Téléphone :
Adresse : Mail :

Nom : Prénom : Téléphone :
Adresse : Mail :

Ayant(s) droit(s) :

Nom : Prénom : Date de naissance :
Nom : Prénom : Date de naissance :
Nom : Prénom : Date de naissance :
Nom : Prénom : Date de naissance :

Je/Nous soussigné(s).....autorise/autorisons la prise de vue et la diffusion de l'image liée à ma/notre participation aux activités/manifestations de l'AFL LIPSHEIM.

Agissant en qualité de représentant(s) légal(aux) des ayants droits susmentionnés accordons à l'AFL LIPSHEIM l'autorisation d'effectuer, dans le cadre des activités et manifestations fréquentées par des enfants mineurs, des prises de vue et diffusions photographiques ou des enregistrements audiovisuels sur lesquels notre/nos enfant(s) pourrait(ent) apparaître.

Nous accordons à l'AFL et la commune de Lipsheim l'autorisation de diffuser les images captées, fixées et enregistrées sur un réseau filaire ou sans fil, de quelque nature que ce soit (Internet, réseau, local). Nous accordons cette autorisation à titre gracieux et pour un territoire illimité. La présente autorisation est consentie sans limitation de durée.

Nous n'autorisons pas l'exploitation commerciale. Toute autre exploitation que celle indiquée dans la présente donnera lieu à nouvelle autorisation.

Nous n'autorisons pas l'AFL à céder les clichés représentant notre enfant à un tiers autre que la commune de Lipsheim.

Ces dispositions sont portées à notre connaissance, dans le cadre de l'application de la législation relative au respect du droit à l'image et au respect de la vie privée.

Nous souhaitons recevoir la newsletter AFL EVS

Fait à Lipsheim, le :

Signature des représentants légaux* :

*Faire précéder les signatures de la mention « Lu et Approuvé »



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

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
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS

LIEU ET HORAIRES DE FONCTIONNEMENT

Le centre aéré est situé au 7/9 Rue Jeanne d'Arc à 67640 LIPSHEIM.

Il est ouvert du lundi au vendredi de 9h à 17h30.

Une garderie est proposée du lundi au vendredi de 8h à 9h et de 17h30 à 18h30

NOMBRE DE PLACES

85 places par semaine : 49 places de 4 à 11 ans et 36 places de 11 à 16 ans.

Semaine complète uniquement

TARIFS (repas compris)

Le tarif est calculé en fonction du quotient familial ou du nombre d'enfants de la même fratrie inscrits au centre. Le tarif le plus favorable sera appliqué.

TARIF PAR ENFANT/SEMAINE	FAMILLES DE LIPSHEIM	FAMILLES EXTERIEURES
Tarif 1 : tarif normal	90 €	100 €
Tarif 2 : si 2 enfants (-10%)	81 €	90 €
Tarif 3 : si $1200 < QF < 801$ (-15%)	76,50 €	85 €
Tarif 4 : si 3 enfants (-15 %)	76,50 €	85 €
Tarif 5 : $800 < QF < 501$ (-20%)	72 €	80 €
Tarif 6 : $QF < 500$ (-50%)	45 €	50 €
Garderie	3 € par jour	3 € par jour

A ce tarif s'ajoute une cotisation de 16 € : soit 10 € pour la carte de membre à l'AFL et 6 € pour les frais de dossier d'inscription au centre aéré.

En cas d'absence complète d'une semaine et sur présentation d'un certificat médical, le remboursement de la semaine sera effectué.

INSCRIPTION

Pour être complet, chaque dossier d'inscription doit se composer :

- De la fiche d'inscription à l'AFL de la famille (carte de membre et droit à l'image)
- De la fiche d'inscription au centre aéré (une par enfant)
- Du paiement par chèque ou en espèces de la semaine ou des semaines choisies
- Du paiement par chèque ou en espèces de la cotisation de 16€
- De l'attestation CAF du quotient familial si vous appliquez ce tarif
- De la fiche de liaison sanitaire (une par enfant) – document sur internet CERFA N° 10008*02
- De la photocopie du carnet de vaccination

Ce dossier dûment complété et signé est à déposer à :

l'AFL LIPSHEIM - 14 Allée George Sand - 67640 LIPSHEIM

Un SMS de confirmation vous parviendra au plus tôt !

RENSEIGNEMENTS