

INSCRIPTIONS en mairie

17, 18, 20 juin
9 h 00 - 12 h 00 et de 13 h 30 - 17 h 30
21 juin
9 h 00 - 12 h 00 et de 13 h 30 - 16 h 30



Service CLSH
Tél. : 04.94.37.22.96
Fax : 04.94.37.22.99

Règlement à l'ordre du **TRESOR PUBLIC**

CENTRE AERE

PERIODE DE RESERVATION - JUILLET 2013

NOM de l'enfant

PRENOM(S)

- Entourer les DATES D'INSCRIPTIONS (selon le calendrier)

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
8 juillet	9	10	11	12
15	16	17	18	19
22	23	24	25	26
29	30	31	1 août	2

- Liste des documents à fournir pour l'inscription :

1. la fiche d'inscription,
2. la fiche sanitaire de liaison dûment complétée,
3. la photocopie de la carte de sécurité sociale sur laquelle apparaît l'enfant,
4. la photocopie des pages de vaccination du carnet de santé,
5. un certificat médical d'aptitude au sport et à la vie en collectivité,
6. la fiche d'autorisation parentale pour sorties et activités du centre signée,
7. une attestation d'assurance à responsabilité civile pour l'année en cours,
8. LE NUMERO D'ALLOCATAIRE CAF valide.
9. Le dernier avis d'imposition des 2 parents, si vous ne possédez pas de N° All. CAF

Informations utiles

Le centre aéré accueille des enfants scolarisés de 3 à 16. Le programme des activités est annoncé en début de semaine avec affichage des menus et des informations à l'entrée du centre.

Cet accueil prévoit une arrivée échelonnée des enfants de 8h à 9h de la même façon que leur départ est prévu entre 17h et 18h (du lundi au vendredi **sauf jours fériés**) dans la **salle multi-activités de l'école OCTAVE VIGNE**. Les enfants sont répartis en groupe d'âges avec un animateur référent au sein de chaque groupe pour mieux prendre en compte les caractéristiques et les besoins de chacun.

L'inscription des enfants n'est effective qu'après le rendu du dossier dûment complété, accompagné du règlement du séjour dans sa totalité, (possibilité de faire 2 chèques à débit différé pour le mois de juillet) pour une durée de **3 jours minimum** pendant le centre de juillet.

Le prix journalier est déterminé en fonction de votre Quotient Familial. En cas d'absence, les jours réservés ne seront pas remboursés.



Mairie de Montfort sur Argens

1. L'ENFANT

Nom : _____	Prénom : _____
Date de naissance : ____/____/____ à _____	
Adresse : _____ _____	
N° de sécurité sociale : _____ N° allocataire CAF _____	

2. RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

- Situation familiale : Marié Divorcé Autre

	Père	Mère
Nom - Prénom		
Adresse si différente de l'enfant		
Téléphone portable		
Téléphone fixe		
Téléphone professionnel		

3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

- L'enfant suit-il un traitement médical durant le séjour ? oui non

(Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leurs emballages d'origine, marqués au nom de l'enfant avec la notice) **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

- **L'enfant fait-il l'objet d'un PAI (projet d'accueil individualisé) ?** oui non

- L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes, cochez les cases :

Rubéole	<input type="checkbox"/>	Varicelle	<input type="checkbox"/>	Oreillons	<input type="checkbox"/>	Asthme	<input type="checkbox"/>
Coqueluche	<input type="checkbox"/>	Otites	<input type="checkbox"/>	Rougeole	<input type="checkbox"/>	Scarlatine	<input type="checkbox"/>

Recommandations utiles des parents : _____

