

Modalités d'inscription

Le fonctionnement :

Inscriptions à la semaine (les repas du midi, les encas et goûters sont compris dans le prix de la journée).
Vos enfants sont accueillis de 7h30 à 18h00, du lundi au vendredi.

Modalités d'inscription :

Gien juillet-août	Coullons juillet	Nevoiy juillet	Poilly/Gien juillet	St Gondon juillet et du 22 au 31 août	St Martin/Ocre St Brisson/Loire juillet	Boismorand juillet
Accueil de Loisirs May Soua Moua, 2 chemin de Montfort	Mairie de Coullons 13 rue de la Poste à Coullons	Mairie Nevoiy Place de la Mairie	Mairie Poilly/Gien 24 route de Sully	Mairie St- Gondon 10 route de Gien	Mairie St- Martin 145 rue du Puits	Mairie Boismorand Rue de la Mairie
02 38 38 03 73	02 38 36 10 10	02 38 67 16 98	02 38 67 11 95	02 38 36 90 76	02 38 36 74 18	02 38 31 82 69

Dates limites d'inscription : Pour le mois de juillet → **le 16/06/2016**

Pour le mois d'août → **le 21/07/2016**

N'oubliez pas les pièces indispensables à l'inscription :

- Un justificatif de domicile (pour les habitants du territoire de la CDCG)
- Le dernier avis d'imposition
- L'attestation de Quotient Familial de la CAF ou de la MSA
- Une photo format identité récente
- Une attestation d'assurance (responsabilité civile et extrascolaire)
- Le carnet de santé de l'enfant
- La fiche d'inscription, le droit à l'image, l'autorisation de rentrer seul(e) et le règlement intérieur

Si la santé de votre enfant le nécessite, un certificat médical indiquant sa pathologie, ses allergies (alimentaires, médicamenteuses,...) ou tout autre information importante et nécessaire à son séjour en Accueil de Loisirs. **(Aucun médicament ne sera donné aux enfants sans ordonnance)**

Les accueils de Loisirs de la Communauté des Communes Giennoises sont agréés par la D.D.C.S.



AUTORISATION DE « DEPART NON ACCOMPAGNE »

Je soussigné(e) Madame, Monsieur, demeurant

..... et agissant en qualité de mère, père, tuteur, autorise

① mon fils, ma fille,, né(e) le .../.../.....

② mon fils, ma fille,, né(e) le .../.../.....

③ mon fils, ma fille,, né(e) le .../.../.....

④ mon fils, ma fille,, né(e) le .../.../.....

et demeurant à la même adresse, à partir seul(e) des animations communautaires, de la période du

..... /..... au /..... /20.., à partir de 17h :

Lieux d'accueil :

- ALSH de GIEN
- ALSH de BOISMORAND
- ALSH de NEVOY
- ALSH de SAINT GONDON
- ALSH de POILLY LEZ GIEN
- ALSH DE SAINT MARTIN SUR OCRE
- ALSH de COULLONS

Je décharge donc les animateurs communautaires de toute responsabilité à compter du départ de mon enfant.

Fait pour servir et valoir ce que de droit,

Madame,

Monsieur.....,

DROIT A L'IMAGE

* Je, soussigné(e) Mme, Mr, Melle :

Parent(s)/Tuteur de :

- ① , né(e) le .../.../..... à
- ② , né(e) le .../.../..... à
- ③ , né(e) le .../.../..... à
- ④ , né(e) le .../.../..... à

Demeurant :

Groupe :

Autorise - n'autorise pas * la COMMUNAUTÉS DES COMMUNES GIENNOISES - à l'exploitation de l'image de mon enfant dans le cadre de ses activités sur tous supports ou formats, connus ou inconnus à ce jour (articles de journaux, dépliants publicitaires de la Communauté des Communes Giennoises, expositions photos, films des activités, travaux manuels, ...)

Fait à, le

Signature(s) :

PS : Nous contacter en cas d'annulation de ce droit.

*Merci de rayer les mentions inutiles

JUILLET

4 défis proposés

- ✦ Au pays des rêves
- ✦ Aventures au fil de la Loire
- ✦ Des couleurs plein la tête
- ✦ Mangez bougez !

AOÛT

4 défis proposés

- ✦ La cuisine sous toutes ses formes
- ✦ Tous en vacances !
- ✦ Découvrons le temps et l'espace
- ✦ Le petit monde des explorateurs

Nombreuses baignades et visites, sorties équestres, mini-camps, accrobranche, canoë, ...

Les programmes détaillés de chaque site seront à votre disposition début juin.

TARIFS

TERRITOIRE COMMUNAUTE DES COMMUNES GIENNOISES

QUOTIENT FAMILIAL CAF	Participation maximale à payer par enfant pour une journée
< 198 €	2,16 €
de 198 à 264 €	2,88 €
de 265 à 331 €	3,71 €
de 332 à 398 €	4,53 €
de 399 à 465 €	5,56 €
de 466 à 532 €	6,49 €
de 533 à 599 €	7,52 €
de 600 à 666 €	8,76 €
de 667 à 710 €	9,89 €
QUOTIENT FAMILIAL	
de 711 à 911 €	12,00 €
de 912 à 1112 €	14,00 €
> 1113 €	16,00 €

HORS TERRITOIRE CDCG

Tarif unique	16,00 € la journée
---------------------	---------------------------

ANNEE SCOLAIRE/.....



PHOTO	PHOTO	PHOTO	PHOTO
①	②	③	④

**FICHE D'INSCRIPTION
AUX ANIMATIONS COMMUNAUTAIRES**

L'ENFANT :

	①	②	③	④
NOM - PRENOM				
Fille / Garçon	F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>
Né(e) le.... à...../...../..... à/...../..... à/...../..... à/...../..... à
Régime alimentaire				
Copie assurance extrascolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LE RESPONSABLE LEGAL :

JUGEMENT : oui non

<p align="center">PERE</p> <p>NOM :</p> <p>PRENOM :</p> <p>ADRESSE :</p> <p>CODE POSTAL :</p> <p>VILLE :</p> <p>TEL/PORTABLE(S) :</p> <p>TELEPHONE(S) D'URGENCE :</p> <p>E.MAIL :</p> <p>N° MSA + Dépt:..... N° CAF + Dépt. :</p> <p>EMPLOYEUR :</p>	<p align="center">MERE</p> <p>NOM :</p> <p>PRENOM :</p> <p>ADRESSE :</p> <p>CODE POSTAL :</p> <p>VILLE :</p> <p>TEL/PORTABLE(S):.....</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**AUTRES PERSONNES MAJEURES POUVANT
EVENTUELLEMENT VENIR CHERCHER VOTRE ENFANT :**

1 : Tél : 2 : Tél :

3 : Tél : 4 : Tél :

QUESTIONNAIRE DE SANTE :

Médecin traitant :

- COPIE VACCINATIONS : ① ② ③ ④
- COPIE MALADIES « IMPORTANTES » : ① ② ③ ④
(dans le carnet de santé)
- Votre enfant suivra-t-il un traitement médical ici?
① Oui/Non ② Oui/Non ③ Oui/Non ④ Oui/Non
- ⚠ Si oui, merci de nous confier une ordonnance récente et les médicaments inscrits dessus (boîtes de médicaments avec leur emballage d'origine et marquées au nom de l'enfant)
- Votre enfant a-t-il des allergies ?
① Oui/Non ② Oui/Non ③ Oui/Non ④ Oui/Non

⚠ **Merci de nous remettre un certificat médical**

- ASTHME** ① ② ③ ④ **ALIMENTAIRES** ① ② ③ ④
- Lesquelles ? ① ②
③ ④
- MEDICAMENTEUSES** ① ② ③ ④
- Lesquelles ? ① ②
③ ④
- AUTRES** ① ② ③ ④
- Lesquelles ? ① ②
③ ④

- **Quelle est la conduite à tenir ?**
① ②
③ ④

Je, soussigné(e) :

- Atteste l'exactitude des renseignements donnés aux animations communautaires et accepte que mon enfant participe à l'ensemble des activités prévues, ainsi qu'au transport inhérent à ce programme d'activités.
- Reconnais avoir reçu et pris connaissance du règlement intérieur des ALSH Communautaires; j'en accepte l'ensemble des conditions.
- **Accepte que seule une personne majeure (1^{ère} page) puisse venir chercher mon enfant.**
- Autorise mon enfant de 10 ans révolus à quitter seul l'ALSH ① ② ③ ④
→ **Je signe l'autorisation annexe correspondante.**
- Autorise la Direction à prendre toutes les décisions nécessaires à la sauvegarde de mon enfant.

Fait à, le .../.../....., **Signature :**