

Centre de Loisirs Educatif de la Communauté de communes « Pays Fort, Sancerrois, Val de Loire »  
Gestion administrative et pédagogique par Les Francas Centre du Cher

# CENTRE DE LOISIRS EDUCATIF A VAILLY-SUR-SAUDRE Pays Fort, Sancerrois, Val de Loire - 2018

Dans les locaux de l'école maternelle  
26, boulevard de la République - 18260 Vailly-sur-Sauldre  
du 22 octobre au 2 novembre 2018  
pour les enfants de 3 à 12 ans

## Les inscriptions sont à effectuer avant le 12 OCTOBRE 2018

Accueil des enfants porteurs  
de handicap (personnalisé)

Déposer toutes ces pièces pour l'inscription dans la boîte aux lettres Francas au 44 grande rue 18260 Vailly-sur-Sauldre, ou par mail à [kmartinez@francascentrevalde Loire.fr](mailto:kmartinez@francascentrevalde Loire.fr)

- Le dossier dûment complété
- Une attestation d'assurance en responsabilité civile extra-scolaire
- La photocopie du carnet de vaccination (à jour)
- Le règlement du séjour (chèque à l'ordre du Trésor Public)

*Renseignements :*

Communauté de communes « Pays Fort, Sancerrois, Val de Loire »  
41 rue basse des remparts - 18 300 Sancerre  
☎ 02 48 54 74 34  
[secretariat@cdc-du-sancerrois.fr](mailto:secretariat@cdc-du-sancerrois.fr)  
  
Ouverture du secrétariat : lundi au vendredi

Les Francas du Cher  
104 rue des ponts – 18100 VIERZON  
  
Katy MARTINEZ  
☎ 07 83 38 94 69  
[kmartinez@francascentrevalde Loire.fr](mailto:kmartinez@francascentrevalde Loire.fr)

# - REGLEMENT INTERIEUR -

L'inscription à l'accueil de loisirs de la Communauté de Communes Cœur Pays Fort, Sancerrois, Val de Loire nécessite l'acceptation totale de ce règlement

## **Article 1 : Le gestionnaire**

L'accueil de Loisirs est organisé par la Communauté de Communes « Pays Fort, Sancerrois, Val de Loire » (41 rue basse des remparts, 18300, SANCERRE- 02.48.54.74.34)

La gestion administrative et pédagogique est assurée par l'association des FRANCAS Centre Val de Loire.

## **Article 2 : Présentation de l'accueil de loisirs**

L'accueil de loisirs accueille les enfants scolarisés de 3 à 12 ans. (Capacité d'accueil →50 places). Il fonctionne du 22 octobre au 02 novembre 2018, du lundi au vendredi, de 7h30 à 18H30.

**7h30 – 09H00** Accueil des enfants et des parents

**9h00 – 11h15** Activités

**11H30-12h00** Temps libre

**12h00 – 13h30** Repas

**13h30 – 14h15** Temps calme

**14h15 – 16h00** Activités

**16h00 – 16h30** Goûter

**16h30 – 17h30** Activités

**17h30 – 18h30** départ des enfants et accueil des parents

## **Article 3 : Tarifs**

Les tarifs sont fixés par décision du Conseil communautaire (cf. dossier d'inscription).

Toute Journée réservée est due. Le règlement des frais doit se faire obligatoirement à l'inscription par chèque à l'ordre du Trésor Public ou en espèces.

**Seule une absence justifiée par un certificat médical pourra faire l'objet d'un remboursement.**

## **Article 4 : Vêtements à prévoir**

Les enfants devront avoir chaque jour **un chapeau ou une casquette, un vêtement de pluie et des vêtements de rechange** dans un sac à leur nom, ainsi que des chaussures adaptées aux activités.

**De plus pour les enfants faisant la sieste, il vous est demandé de nous fournir un drap ou une couverture qui vous sera rendu à la fin du séjour**

## **Article 5 : Objets personnels**

L'enfant ne devra apporter aucun objet dont l'usage pourrait s'avérer dangereux pour ses camarades ou pour lui-même. Il est également interdit d'apporter des objets de valeur, des jeux électroniques ou des téléphones portables

## **Article 6 : Maladie - accident - urgence**

Aucun médicament ne sera administré sans ordonnance médicale.

En cas de maladie, le (la) responsable du Centre de loisirs appellera les parents et ils décideront ensemble de la conduite à tenir, ou si cela est nécessaire, il (elle) prendra l'initiative d'appeler un médecin et d'en aviser ensuite les parents.

En cas d'urgence ou d'accident grave, il sera fait appel, en priorité au service d'urgence.

## **Article 7 : Le départ des enfants**

Le (les) représentant(s) légal(aux) qui ne peuvent venir chercher eux-mêmes leur enfant aux horaires de départ autorisera(ont) par écrit une tierce personne à agir en leur nom.

# - FICHE D'INSCRIPTION -

## VOTRE ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Fille  Garçon

Classe en septembre 2018 : \_\_\_\_\_

Adresse pendant le séjour : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Age le 1er jour du centre : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Frères et soeurs (prénom et âge) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## RESPONSABLES LEGAUX

1 : Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_

@ \_\_\_\_\_

2 : Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_

@ \_\_\_\_\_

Employeur (nom, adresse, téléphone)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Employeur (nom, adresse, téléphone)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### SECURITE SOCIALE

N° de sécurité sociale couvrant l'enfant : \_\_\_\_\_

Votre centre payeur :  CPAM  MSA  Autre, préciser \_\_\_\_\_

### CAF

N° d'allocataire : \_\_\_\_\_

### MUTUELLE

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° mutualiste : \_\_\_\_\_

### ASSURANCE (Fournir l'attestation)

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° assuré : \_\_\_\_\_

NB : Le Centre de Loisirs ne prend pas en charge les soins d'urgence donnés à un enfant au cours de son séjour.

## AUTORISATION DE TRANSPORT et DROIT à L'IMAGE

J'autorise mon fils /ma fille à être transporté (e) en minibus ou en car lors des différentes sorties prévues sur le séjour : (cocher la case correspondante)

OUI  NON

J'autorise mon enfant à être pris en photo lors des activités. Ces dernières pourront être utilisées pour valoriser le séjour.

OUI  NON

# - TABLEAU DE FREQUENTATION -

SEMAINE 1					
	1 <sup>er</sup> enfant	2 <sup>ème</sup> enfant	3 <sup>ème</sup> enfant	Total journées (€)	Total semaine (€)
Lundi 22 octobre					
Mardi 23 octobre					
Mercredi 24 octobre					
Jeudi 25 octobre					
Vendredi 26 octobre					

SEMAINE 2					
	1 <sup>er</sup> enfant	2 <sup>ème</sup> enfant	3 <sup>ème</sup> enfant	Total journées (€)	Total semaine (€)
Lundi 29 octobre					
Mardi 30 octobre					
Mercredi 31 octobre					
Jeudi 01 novembre	FERIE				
Vendredi 02 novembre					

**TOTAL AUTOMNE A REGLER (à l'ordre du Trésor Public)**

Fait à ..... Le.....

Signature du responsable légal :

## GRILLE TARIFAIRE \* CENTRE DE LOISIRS DE VAILLY-SUR-SAUDRE VACANCES D'AUTOMNE 2018

\* sous réserve de modifications

INSCRIPTION A LA JOURNEE			
2018	Sans aide CAF Supérieur à 585€	Avec carte temps libre CAF	
		QF entre 339€ et 586€	QF inférieur à 339€
<b>LA JOURNEE COMPLETE AVEC REPAS ET GOUTER</b>			
Pour le 1er enfant	11 €	8 €	6 €
Pour le 2 <sup>ème</sup> enfant	10,40 €	7,40 €	5,40 €
Pour le 3 <sup>ème</sup> enfant	9,40 €	6,40 €	4,40 €

### A noter

- ✚ Vous pouvez bénéficier d'une aide auprès de comités d'entreprises
- ✚ La MSA et la Caf du Cher participent au financement du centre de loisirs en versant une prestation de service. Cette aide versée selon le taux de fréquentation des enfants du régime général permet de couvrir une partie des dépenses.



<b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</b>	<b>1 – ENFANT</b>	
	NOM : _____	
	PRÉNOM : _____	
	DATE DE NAISSANCE : _____	
	GARÇON <input type="checkbox"/>	FILLE <input type="checkbox"/>

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			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diptérie				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 ?

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

---

---

---

---

---

---