

DOSSIER D'INSCRIPTION À L'ACCUEIL DE LOISIRS DE QUINCAMPOIX

TEL : 02.32.80.35.96.

TOUSSAINT 2019



MAIRIE DE QUINCAMPOIX
BP3- 76230
Arrondissement de ROUEN
Canton de Bois-Guillaume
☎ 02 35 34 70 15
Fax 02 35 34 65 52

**ATTENTION LES DOSSIERS COMPLETS PASSERONT
EN PRIORITÉ
DANS VOTRE INTÉRÊT ET POUR ÊTRE SÛR DE POUVOIR
OBTENIR UNE PLACE LISEZ ATTENTIVEMENT CE DOSSIER,
AFIN DE FOURNIR TOUTES LES PIÈCES SOLLICITÉES**

UN DOSSIER COMPLET DOIT ÊTRE ÉTABLI POUR CHAQUE ENFANT

Nous vous remercions de bien vouloir le remplir avec soin. Les renseignements qui y figurent sont confidentiels et ne seront utilisés que pour les besoins du centre.

Les tarifs et le règlement figurent en annexe.

Nous souhaitons que votre enfant soit satisfait de son séjour, aussi n'hésitez pas à nous faire-part de vos remarques et suggestions.

LE DOSSIER DEVRA COMPRENDRE

1. La fiche de renseignements généraux
2. La fiche d'inscription de l'enfant
3. La fiche sanitaire de liaison
4. La copie du dernier avis d'imposition (2018, sur les revenus de 2017) pour les familles qui désirent bénéficier d'un tarif en fonction de leur quotient familial
5. Une attestation d'assurance RC (responsabilité civile)
6. Une attestation d'assurance scolaire

**ET DEVRA ÊTRE DÉPOSÉ AU CENTRE DE LOISIRS À L'UNE
PERMANENCES CI-DESSOUS :**

- Lundi 7 octobre : de 15h00 à 18h00
- Mercredi 9 octobre : de 9h30 à 12h00
- Jeudi 10 octobre : de 16h00 à 18h00

En cas d'indisponibilité à ces dates-là, merci de déposer **les dossiers complets** en mairie **avant le jeudi 10 octobre 2019.**

POUR PLUS D'INFORMATION TÉLÉPHONER AU 02.32.80.35.96.

OU PAR MAIL : clsh-quincampoix@orange.fr

RÈGLEMENT ET TARIFS

1. Le centre de loisirs fonctionnera :
Du lundi 21 octobre au jeudi 31 octobre 2019 (**inscription à la journée**)
de 9h00 à 17h00 du lundi au vendredi, il sera destiné à la tranche d'âge 3-16 ans, et pourra accueillir des enfants hors commune si des places restaient disponibles.
2. La restauration, comprenant le déjeuner et le goûter, est comprise dans le tarif journalier.
3. Un service de garderie fonctionnera de 8h à 9h00 et de 17h00 à 18h30, sous la surveillance des animateurs, chaque heure de présence sera facturée au prix habituel appliqué durant l'année scolaire (1.17 € la ½ heure) soit 2.34 € de l'heure.
4. Les tarifs seront fixés selon le quotient familial.

Les familles qui souhaitent bénéficier de ces dispositions doivent obligatoirement joindre au dossier d'inscription une photocopie de leur avis d'imposition ou de non-imposition 2018 (sur les revenus 2017).

Le quotient familial mensuel est obtenu en divisant par 12, puis par le nombre de parts (tel que déterminé par le code général des impôts) le revenu imposable figurant sur l'avis d'imposition 2018 (ligne revenu imposable et non revenu brut global).

Les familles qui ne demanderont pas un tarif en fonction de leur quotient familial au moment de l'inscription devront s'acquitter de la participation correspondant à la tranche la plus élevée. Elles n'auront pas à justifier de leurs revenus.

Tarifs journaliers 2019 du CLSH

Tarifs journaliers du CLSH De..... à	tranche 1 - de 520.85 €	tranche 2 520.85 à 780,15 €	tranche 3 780.16 à 1225.67 €	tranche 4 1225.68 à 1725.35€	tranche 5 1725.36 € et +
Commune	8.37 €	10.81 €	13,65 €	15,31 €	17.37 €
Hors commune	12.03 €	15.15 €	18.76 €	20.87 €	23.45 €

5. Situation particulière

Sous certaines conditions, des aménagements (réservés aux Quincampoisiens) pourraient être consentis aux familles éprouvant des difficultés financières particulières. Les demandes, à présenter en Mairie, seront instruites par le C.C.A.S. de Quincampoix.

6. Règlement

Les factures à régler dans un délai 10 jours à la trésorerie de MONTVILLE, seront établies au début du mois suivant, conformément à la fiche d'inscription, **les absences ou annulations totales ou partielles ne seront déduites que sur présentation d'un certificat médical de l'enfant.**

FICHE DE RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

(à remplir par le représentant légal)

1) ENFANT

NOM :

PRENOM :

Date de Naissance : Age : Classe :

2) REPRÉSENTANT LÉGAL

NOM :

PRENOM :

Domicilié à Rue..... N°.....

Tél. domicile..... Tél. Travail.....

Tél. portable.....

Indiquez ici votre régime sécurité sociale : Général Particulier

Je fournis mon avis d'imposition : OUI NON

Numéro d'allocataire de la C.A.F. :

Nom et adresse de l'employeur du père :

.....

Nom et adresse de l'employeur de la mère :

.....

3) MESURES D'URGENCE

3.1) Coordonnées d'une autre personne pouvant être contactée en cas d'urgence :

Nom..... Prénom.....

Tél. domicile..... Tél. Travail.....

Tél. portable.....

3.2) Je soussigné, représentant l'égal de l'enfant, autorise la direction du centre à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence

Dans la mesure du possible je souhaite en cas d'hospitalisation que mon enfant soit transporté à.....

Fait à QUINCAMPOIX, le Signature

FICHE D'INSCRIPTION
(à remplir par le représentant légal)

ENFANT :

NOM :

PRÉNOM :

Je soussigné **inscris mon enfant**
pour la (les) journée(s) suivante(s) :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lundi 21 octobre 2019 | <input type="checkbox"/> Lundi 28 octobre 2019 |
| <input type="checkbox"/> Mardi 22 octobre 2019 | <input type="checkbox"/> Mardi 29 octobre 2019 |
| <input type="checkbox"/> Mercredi 23 octobre 2019 | <input type="checkbox"/> Mercredi 30 octobre 2019 |
| <input type="checkbox"/> Jeudi 24 octobre 2019 | <input type="checkbox"/> Jeudi 31 octobre 2019 |
| <input type="checkbox"/> Vendredi 25 avril 2019 | |

SOIT UN TOTAL DEJOURS

➤ **Inscris mon enfant à la garderie : (*entourez selon vos souhaits*)**

OUI **NON** **OCCASIONNELLEMENT**

Avoir pris connaissance du règlement notamment son article 6 et confirmer l'inscription telle que définie ci-dessus :

à QUINCAMPOIX, le

Signature :

➤ **Autorisation de départ en fin de journée :**

Je soussigné **autorise mon**
enfant..... à quitter seul le centre en fin de journée (17h00)

à QUINCAMPOIX, le

Signature :

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 DENTAIRE, ETC... PRÉCISEZ.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM.....PRENOM.....

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

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