

# ACCUEIL DE LOISIRS VACANCES DE PRINTEMPS

## VALS DU SUD

Du lundi 7 avril au vendredi 11 avril 2025

Accueil de loisirs

à la salle polyvalente de Ficheux, rue d'Hendecourt

Ouvert aux enfants âgés de 3 à 13 ans\*



### Modalités

Accueil de 9h à 17h – Echelonné de 7h30 à 9h et de 17h à 18h30

### Inscription

Dossier d'inscription disponible en mairie

Inscription en ligne à partir du mardi 18 mars 2025 jusqu'au jeudi 27 mars 2025

Permanence d'inscription

(Pour la réception du dossier complet ou les paiements) :

Lundi 24 mars 2025 de 16h à 19h à la mairie de Wailly.

### Liste des pièces à fournir :

- Copie de carnet de vaccination
- Attestation d'assurance scolaire et extra-scolaire
- Justificatif quotient familial et Aide aux temps libres



IPNS 03/25



[www.francas62.com/](http://www.francas62.com/)  
dossier-enfant-administratif-année

Association Départementale des Francas du Pas de Calais

24 Rue du Général de Gaulle – BP 50059 – 62 223 Saint Laurent Blangy Cedex – Tél 03 21 55 10 10 - E-mail : [francas62@wanadoo.fr](mailto:francas62@wanadoo.fr)

### Tarifs\*

Le tarif comprend le séjour, les collations et toutes les activités proposées

Tarifs repas par semaine intercommunalité \*\*: 17.50€

Tarifs repas extérieur : 20.00€

Tranche	QUOTIENT FAMILIAL FISCAL (revenu fiscal de référence divisé par le nombre de parts)	VALS DU SUD	
		Semaine de 5 jours	Semaine de 5 jours
Tranche 1	0 à 3960€	20.00€	26.00€
Tranche 2	3 961 € à 6594€	24.00€	31.20€
Tranche 3	6 595 € à 9940€	28.00€	36.40€
Tranche 4	9 941 € à 15968€	36.00€	46.80€
Tranche 5	15 969 € et +	46.00€	58.50€

Réduction de 5% sur l'ensemble de la facture à partir de 2 enfants.

\*La tarification sera différente si vous bénéficiez de l'Aide aux temps libres soit 3.40€ par jour à déduire.

\*\*RESIDENTS ou SCOLARISES dans l'intercommunalité

**Paiement  
par chèque**

Virement  
Bancaire

CHÈQUE-VACANCES



les francas

L'éducation en mouvement!

**Fiche d'inscription de mon enfant au centre de loisirs de  
ALSHI DES VALS DU SUD sur la commune de FICHEUX - période : PRINTEMPS 2025**

NOM de l'enfant →		Date de naissance →			
Prénom de l'enfant →		Classe fréquentée →			
Tarification <input type="checkbox"/> Résident <input type="checkbox"/> Extérieur	COCHER LES CASES				€
Commune de résidence →	Présences de votre enfant	Accueil et départ échelonné		Cantine	
Fratrie inscrite <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5					Indiquer le montant à régler en fonction du tarif qui vous est applicable
Quotient familial : ..... (voir tableau des tarifications)	↓	Matin	Soir	↓	
Aide aux temps libre CAF (ATL) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		↓			
Copie de l'attestation ATL <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON					
<b>SEMAINE 15 – du 07 AVRIL AU 11 AVRIL 2025</b>					
lundi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....€
mardi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
mercredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
jeudi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vendredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>SEMAINE 16 – DU 14 AVRIL AU 18 AVRIL 2025</b>					
lundi					.....€
mardi					
mercredi					
jeudi					
Vendredi					
Réduction.s applicable.s complémentaire.s : .....					- .....€
<b>Facturation : NE PAS REMPLIR ! CADRES RESERVES</b>				<b>TOTAL montant à régler</b>	.....€

**MODE DE PAIEMENT (répartition)**

<b>CHEQUE BANCAIRE</b>	.....€
<b>CHEQUE ANCV</b>	.....€
<b>TICKET LOISIRS</b>	.....€
<b>ESPECES</b>	.....€
<b>VIREMENT</b>	.....€

**Tarification à la semaine** : le tarif comprend le séjour, la collation, les pique-niques et toutes les activités proposées.

QUOTIENT FAMILIAL FISCAL (revenu fiscal de référence divisé par le nombre de parts)	V A L S D U S U D	E X T E R I E U R	Tarif semaine 5 jours	Tarif semaine 5 jours	Cantine	Intercommunalité	Extérieurs
			20.00€	26.00€			
Tranche 1 0 à 3960€			20.00€	26.00€		17.50€/semaine	20.00€/semaine (soit 4.00€ /jour)
Tranche 2 3961€ à 6594€			24.00€	31.20€			
Tranche 3 6595€ à 9940€			28.00€	36.40€			
Tranche 4 9941€ à 15969€			36.00€	46.80€			
Tranche 5 15970€ et +			45.00€	58.50€			

**Restauration** : tarification à la semaine.  
L'absence à un repas ne donnera pas lieu à un remboursement. En cas d'absence de plus de 3 jours, le remboursement ne pourra se faire que sur présentation d'un certificat médical, avec retenue de 10% du tarif.

Réduction de 5% à partir de 2 enfants sur l'ensemble de la facture.

NOM de l'enfant : ..... Prénom de l'enfant : ..... Age : .....

## Fiche d'inscription au centre de loisirs / un dossier par enfant

Enfant : NOM : ..... Prénom : ..... Sexe G F

Classe fréquentée :

Maternelle  CP  CE1  CE2  CM1  CM2  6<sup>ième</sup>  5<sup>ième</sup>  4<sup>ième</sup>  Autre

Date de naissance : ..... Age : ..... Ans

Adresse : .....

N° de sécurité sociale de l'assuré (auquel l'enfant est rattaché) : .....

### Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant soit-il un traitement médical ?  oui  Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants.

(Boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origines marquées au nom de l'enfant avec la notice)

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance datée et signée du médecin.**

Régimes alimentaires :  oui  non

Si oui précisez

### Santé :

Votre enfant est-il :

Asthmatique  oui  non

Allergie médicamenteuse  oui  non

Allergie alimentaire  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 :

### Recommandations utiles des parents

Précisez si votre enfant porte des lentilles, lunettes, des prothèses dentaires ou auditives etc..

### Médecin traitant :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

N° de téléphone : .../...../...../...../...../.....

### Cadre réservé à la direction :

- Attestation d'assurance  
 Copie du carnet de vaccination

Enfant autorisé à quitter le centre de loisirs seul  oui  non



## Responsable légal de l'enfant

	1	2
<b>Votre identité ...</b> Le père, La mère, Le tuteur légal, La Famille d'accueil...		
<b>NOM PRENOM</b>		
<b>Adresse</b> <i>(si différente de l'enfant)</i>		
<b>N° allocataire CAF</b> : .....		<b>QF</b> : .....
<b>Adresse mail (conseillé)</b>		
<b>Profession</b>		
<b>N° téléphone domicile</b>		
<b>N° téléphone portable</b>		
<b>N° téléphone professionnel</b>		
<b>Personne(s) autorisée(s) à récupérer mon enfant et condition(s) :</b> ..... ..... ..... ..... .....		

### AUTORISATIONS DIVERSES

Je soussigné (e) (Nom et Prénom ) .....

Responsable légal de l'enfant ..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. **(Cocher la case de votre choix)**

- J'autorise mon enfant mineur à quitter le centre de loisirs seul**  
 **Je n'autorise pas mon enfant à quitter le centre de loisirs seul**

- J'autorise mon enfant à participer à la vie du centre de loisirs éducatif, aux activités proposées et aux sorties à la journée ;
- J'autorise le responsable du centre de loisirs éducatif à prendre toutes mesures (traitement médical hospitalisation, Intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant, j'atteste que mon enfant est à jour de ces vaccins ;
- J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur,
- Atteste que mon enfant est à jour de ses vaccins

Date : .....

**Signature du responsable légal de l'enfant avec mention « lu et approuvé »**

