

Centre de loisirs 2026 de St Josse Sur Mer.

AVRIL

INSCRIPTIONS

Par téléphone au 06/71/57/60/44

Lors de l'inscription, veuillez vous munir **impérativement** :

*** pour les personnes bénéficiaires de l'AIDE AUX TEMPS LIBRES (ATL), de l'attestation verte stipulant vos droits.**

*du carnet de vaccinations à jour de l'enfant (photocopies possibles)

*de votre n° de CAF ou MSA

Par ailleurs, une fiche sanitaire sera à remplir sur place, ainsi que diverses autorisations

Tout dossier incomplet, ne sera pas pris en compte

ACTIVITES

Des activités diverses et variées seront proposées de part les compétences des animateurs avec des jeux intérieurs et extérieurs, selon le temps, des chants, du travail manuel, du dessin ainsi qu'une sortie à la journée.

PERIODE DE FONCTIONNEMENT ET HORAIRES DU CENTRE

Le centre de loisirs ouvrira ses portes **du 13 Avril au 17 Avril 2026.**

Les horaires pour les activités sont de 9H00-12H00 et 14H00-17H00

Une garderie sera mise en place à partir de 8H jusqu'à 9H00 le matin et de 17H00 jusqu'à 18H le soir

Un service cantine fonctionnera entre 12H00 et 14H00

Lieu d'accueil :

Les enfants seront accueillis dans les locaux de la commune c'est à dire l'école, la salle polyvalente (pour les activités) et la garderie.

AGE

Le centre est ouvert aux enfants scolarisés à partir **de 3 ans jusqu'à 12 ans.**

TARIFS

Pour une personne habitant St Josse ou extérieure dont les enfants sont scolarisés à St Josse :
Caf QF Supérieur à 617 tarif normal

Forfait semaine par enfant :

48 euros avec repas

28 euros sans repas

Caf QF inférieur ou égal à 617

Forfait semaine par enfant sous présentation de la feuille verte d'aides aux temps libres :

28 euros avec repas

8 euros sans repas

Pour une personne extérieure à St Josse dont les enfants ne sont pas scolarisés à St Josse :
Caf QF Supérieur à 617 tarif normal

Forfait semaine par enfant :

63 euros avec repas

43 euros sans repas

Caf QF inférieur ou égal à 617

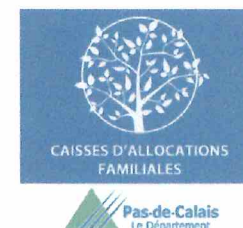
Forfait semaine par enfant sous présentation de la feuille verte d'aides aux temps libres :

43 euros avec repas

23 euros sans repas

Renseignements complémentaires

M Dimitry CALIPPE, directeur du centre de loisirs au **06/71/57/60/44**



RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

NOM :

Prénom :

Adresse :

N° Téléphone Domicile :

N° Téléphone Portable :

N° Téléphone Travail :

Mail :

Sécurité sociale :

Profession : Père :

Mère :

N° CAF :

Assurance responsabilité civile : votre enfant
est-il assuré :

Oui ou non

ENFANT

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

INSCRIPTION POUR LA PERIODE :

Du 16/02/2026 au 20/02/2026

Avec repas* :

Sans repas* :

- Entourer l'option choisie

Signature

Madame, Monsieur,

Autorisation parentale

Je soussigné (e) Madame, Monsieur,

Cette autorisation parentale concerne l'enfant ou les enfants :

- o
- o
- o
- o
- o

1. autorise ou n'autorise pas (barrer la mention inutile) mon enfant ou mes enfants à être photographié lors du centre de loisirs d'Eté.

Ces photos serviront à la réalisation de plusieurs activités manuelles.

2. autorise ou n'autorise pas (barrer la mention inutile) mon enfant ou mes enfants à pratiquer toutes les activités proposées au sein du centre de loisirs.
3. autorise ou n'autorise pas (barrer la mention inutile) Monsieur le Directeur du centre de loisirs de St Josse à emmener mon enfant ou mes enfants en sortie à l'extérieur des locaux de la commune de St Josse Sur Mer.
4. autorise ou n'autorise pas (barrer la mention inutile) mon enfant ou mes enfants à rentrer seul à la fermeture du centre.

Personne autorisée à prendre l'enfant :

.....

5. J'autorise le responsable du centre :

- o A présenter mon enfant à un médecin, de préférence le docteur :

.....

- o A prendre le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date et lieu :

Signature des parents :

Calippe Dimitry
Directeur du centre de loisirs de St Josse.

FICHE SANITAIRE
DE LIAISON
2023-2026

1 - ENFANT

NOM: _____
PRÉNOM: _____
DATE DE NAISSANCE: _____
GARÇON ☐ FILLE ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite en 2023. Merci de nous indiquer tout changement en cours de 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
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole Oreillons Rougeole	
Polio		Couquicho	
Ou DT polio		BCG	
Ou Tétacort		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 ? oui ☐ non ☐

Si oui, joindre une ordonnance récente des 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 ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
oui non	oui non	oui non	oui non	oui non
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AGU	
oui non	oui non	oui non	oui non	

Allergies: ASTHME oui non ALIMENTAIRES oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
AUTRES

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication la signaler).

En cas de régime alimentaire, précisez :
SANS VIANDE SANS PORC

Indiquez ci-après:

Les difficultés de santé (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

Recommandations utiles des parents:

Voire enfant porte-t-il des lunettes, des dentelles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

BAINADE : S'AIT NAGER SE DÉBOUILLER NE S'AIT PAS NAGER
Observations diverses :

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____
ADRESSE _____

Nombres de téléphone :

Mère : domicile : portable : travail :

Père : domicile : portable : travail :

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.

Médecin traitant :

Nom: _____ Tél: _____

N° de sécurité sociale de l'enfant :

Date : _____ Signature: _____