

**A compléter recto verso et à nous restituer 7 JOURS avant la date d'inscription,**

**ou à envoyer par courrier à la FDFR66, 6 rue Aristide Bergès, Mas Guérido 66330 CABESTANY Une fiche par enfant.**

**NOM et Prénom de l'enfant :** \_\_\_\_\_

Sexe : M  F  Date de Naissance : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_ Lieu de Naissance : \_\_\_\_\_

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

C.P./Village : \_\_\_\_\_

Tél. : 04.68. \_\_\_\_\_ Port. : 06. \_\_\_\_\_ E Mail : \_\_\_\_\_

Profession Père et employeur : \_\_\_\_\_

Profession Mère et employeur : \_\_\_\_\_

J'inscris mon enfant :  Sem. 1 : du 15 au 19 février  du 22 au 24 février (séjour ski 10-12 ans)  
 Sem. 2 : du 22 au 26 février  25 et 26 février 2010 (complément 10-12 ans)

**PARTIE A**

→ **Si vous êtes allocataire CAF N° allocataire obligatoire :** \_\_\_\_\_

Quotient : \_\_\_\_\_

Quotient Familial	Aide CAF	Prix 1 Sem. (5j)	Prix Séjour ski (3j : 10-12 ans)	Prix 2j (compl. sem. ski)
De 690 et +	1€/j	45 €	57 €	18 €
De 461 à 690	2€/j	40 €	54 €	16 €
De 231 à 460	3€/j	35 €	51 €	14 €
De 0 à 230	5€/j	25 €	45 €	10 €

→ **Si vous êtes allocataire MSA, Matricule MSA :** \_\_\_\_\_

Quotient : \_\_\_\_\_

*Aide aux loisirs de 3.4€/jour et par enfant pour les familles allocataires MSA soit un coût de 6,6 € par jour*

Nbre de jours : \_\_\_\_\_ X 6,6 € = \_\_\_\_\_ €

Possibilité d'aide à la demande des familles directement à la MSA et sur présentation de la facture délivrée par la FDFR.

→ **Si vous n'êtes pas allocataire de la MSA ou de la CAF :**

50 € une semaine, 100 € deux semaines, 60 € le séj. ski, 80 € le séj. ski + 2 j. d'accueil de loisirs

**TOTAL A :** \_\_\_\_\_ €

**IMPORTANT :** Votre enfant sera présent au Carnaval de Latour de France le Samedi 20 février de 14h à 18h :  oui  non



Serez vous en mesure de l'y emmener et de venir le chercher :  oui  non

Dans le cas où plus de 10 enfants seraient en incapacité de participer à cette après midi festive par souci de locomotion, un transport en bus serait mis en place.

**PARTIE B**

→ **Déductions supplémentaires :** \_\_\_\_\_

Déduction famille nombreuse : .....€ (si 2 enfants, déduction d'1 €/j, si 3 enfants déduction de 2€/j sur l'inscription d'un seul enfant) :

Nbre de jours : ..... X ..... €

**TOTAL B :** \_\_\_\_\_ €

→ **Mode de paiement :**

Espèce  Chèque  Chèques Vacances.....€  Autre (à préciser) :

**TOTAL à PAYER A - B (ordre : Foyers Ruraux du Roussillon) :** \_\_\_\_\_ €

### Informations supplémentaires

- Votre enfant a-t-il un frère ou une sœur âgé(e) de 13 à 17 ans ?  
Si oui : nom, prénom et date de naissance : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- **Si adhérent d'un foyer rural**, N° d'adhésion : \_\_\_\_\_  
et Commune : \_\_\_\_\_
- **Lieu d'accueil du matin et du soir :**  
 Caudiès de Fenouillèdes       Saint Paul de Fenouillet       Maury  
 Latour de France       Ansignan
- **Autres personnes qui accompagneront l'enfant : (à remplir si personne différente)**  
Je soussigné \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant (Nom et prénom)  
\_\_\_\_\_ autorise Mr ou Mme \_\_\_\_\_ à  
 Accompagner mon enfant à l'accueil de loisirs,  
 Récupérer mon enfant à l'accueil de loisirs,  
 Autorise mon enfant à partir seul.  
Si oui, précisez l'heure \_\_\_\_\_
- **Autorisation parentale**  
Je soussigné \_\_\_\_\_  autorise ou  n'autorise pas  
l'utilisation des photos de mon enfant prises dans le cadre du fonctionnement de l'accueil de  
loisirs.
- **Présentation du Carnet de Santé obligatoire (Mise à jour ou remplir la fiche sanitaire)**
- **Y a-t-il une contre indication médicale à ce que votre enfant pratique un sport  
particulier ? Si oui, lequel ?** \_\_\_\_\_
- **Information : Des aides supplémentaires aux loisirs enfants et jeunes sont possibles.**  
Renseignements auprès des assistantes sociales de :  
Maison Sociale de Proximité de l'Agly : 04.68.64.26.29  
Mutualité Sociale Agricole : 04.68.29.10.66, les jeudis de 9h à 12h ou sur RDV  
Caisse d'allocation Familiale : 0820.25.66.10.

Fait à \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature :

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**  
**ACCUEIL DE LOISIRS AGLY FENOUILLEDES (2009/2010)**

NOM de l'enfant : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_ Sexe :  garçon  fille

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

Responsable légal : M./Mme/Melle \_\_\_\_\_

L'enfant est-il en famille d'Accueil ?  oui  non

Si oui, nom de la famille d'accueil : \_\_\_\_\_

Nom de l'Assitant(e) sociale et/ou Educateur : \_\_\_\_\_

Organisme : \_\_\_\_\_

**N° de tel des personnes à contacter en cas d'urgence :**

☞ Nom, qualité : \_\_\_\_\_

Tél. fixe : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_ Tel Travail : \_\_\_\_\_

☞ Nom, qualité : \_\_\_\_\_

Tél. fixe : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_ Tel Travail : \_\_\_\_\_

☞ Nom, qualité : \_\_\_\_\_

Tél. fixe : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_ Tel Travail : \_\_\_\_\_

**1. Vaccins obligatoires :**

Diphtérie, Tétanos, Polio en date du / / Dernier rappel le : / /

Si votre enfant n'a pas les vaccins obligatoires, veuillez joindre un certificat médical de contre indication. (Attention : le vaccin « antitétanique » ne présente aucune contre-indication)

**2. Renseignement médicaux :**

Votre enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ?  oui  non

Si oui, veuillez joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, avec la notice et le nom de l'enfant inscrit sur la boîte).

Ⓛ **ATTENTION : Aucun médicament ne pourra être administré à l'enfant sans ordonnance.**

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole  Varicelle  Scarlatine  Coqueluche  Rougeole  Oreillons

Autres remarques : \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il un handicap particulier ? oui  non  Lequel : \_\_\_\_\_

En cas d'allergie grave ou de situation médicale particulière, avez-vous rempli un « protocole d'accueil individualisé » avec la direction de l'Accueil de loisirs ?

oui  non  (à mettre à jour à chaque période de vacances scolaire)

Votre enfant souffre-t-il d'allergies ou d'intolérance de type :

- Asthmatique  Médicamenteuse : \_\_\_\_\_  
 Alimentaire : \_\_\_\_\_  Autres : \_\_\_\_\_

Indiquez la conduite à tenir et joindre le protocole du médecin si nécessaire : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PAI : Protocole d'Accueil Individuel, instauré par la circulaire 2003-135 concernant l'accueil des enfants et des adolescents atteints de trouble de santé et élaboré par les parties concernées, à savoir : l'enfant, les parents, le médecin, le responsable du séjour et le cas échéant les intervenants spécifiques de l'enfant.

### 3. Médecin traitant

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_ N° de téléphone du médecin : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

### 4. Autorisation

« Je soussigné \_\_\_\_\_ autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toute les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et selon les indications du corps médical consulté ».

### 5. Mise à jour de la Fiche sanitaire à chaque vacances scolaires (photocopie du carnet de santé)

Vacances de Toussaint date : / /

Remarques à l'attention des familles : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature du Responsable légal/Responsable famille d'accueil : \_\_\_\_\_

Vacances d'hiver date : / /

Remarques à l'attention des familles : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature du Responsable légal/Responsable famille d'accueil : \_\_\_\_\_

Vacances de Printemps date : / /

Remarques à l'attention des famille : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature du Responsable légal/Responsable famille d'accueil : \_\_\_\_\_

Vacances d'été date : / /

Remarques à l'attention des familles : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature du Responsable légal/Responsable famille d'accueil : \_\_\_\_\_