

FONCTIONNEMENT

Le centre de loisirs est ouvert aux enfants scolarisés de 3 à 12 ans.

HORAIRES D'OUVERTURE

Les mercredis hors vacances scolaires, de 12h00 à 17h00 : accueil de loisirs

Pendant les vacances scolaires de la Toussaint, les vacances d'Hiver, de Pâques et d'Eté (mois de juillet), de

8h30 à 17h00 : Accueil de loisirs

Les inscriptions sont à faire **auprès d'Arnaud BROUSSY**, par **mail** ou sur remise des feuilles d'inscription. La réservation se fait au plus tard une semaine avant. Les désinscriptions se font par mail jusqu'au vendredi précèdent la semaine suivante. Toute non présence de l'enfant et non avertie au préalable (4 jours avant) sera facturée.

GARDERIE

Une garderie est proposée le matin de 7h30 à 8h30, et de 17h00 à 18h30 pendant les jours d'ouverture. L'accès à la garderie se fait par inscription (obligatoire).

RESTAURATION – GOÛTER

Le repas du midi et le goûter sont fournis à chaque enfant. Il est donc indispensable de réserver mais aussi de prévenir de toute allergie au moyen de la fiche sanitaire, et indiquer si l'enfant suit un régime particulier.

TRANSPORT

Une navette est mise à votre disposition au départ des communes de Pampelonne, Ste Gemme, Tanus, les Farguettes et Almayrac.

Les mercredis hors vacances scolaires : Les enfants seront récupérés à la sortie de l'école.

Pendant les vacances : Almayrac : 8h15 (église) - 17h35

Ste Gemme : 8h20 (Mairie) - 17h30 Les farguettes : 8h25 (écoles) - 17h25

Tanus: 8h35 (mairie) - 17h15

Pampelonne: 8h50 (mairie) - 17h00

OBLIGATIONS MEDICALES

Les enfants doivent répondre aux obligations vaccinales en vigueur. Ils ne sont pas admis si eux-mêmes ou l'un de leur frère et soeur est atteint d'une maladie contagieuse.

En cas d'accident survenu dans les locaux du centre de loisirs, un contact sera pris d'urgence avec la famille, et toutes les mesures seront prises dans l'intérêt de l'enfant.

Au moment de l'inscription, les parents doivent signer une autorisation afin de prendre toute mesure rendue nécessaire par l'état de santé de l'enfant.

TARIFS

Les tarifs sont fixés par les membres de la Commission Enfance et Jeunesse, et votés par délibération du Conseil d'Administration de l'association.

FACTURATION

Une facture mensuelle, à terme échue, peut-être adressée à chaque famille sur demande.

Sont acceptés comme moyens de paiement : chèque (à l'ordre de « association les Pitchous du Viaur »), bons CAF, chèques vacances, ou espèces.

Je soussigné(e), M(me)	, parent de l'enfant
------------------------	----------------------

Certifie avoir pris connaissance du fonctionnement du centre de loisirs et en accepter les conditions.

Date: Signature:



Renseignements Famille

(UNE FICHE PAR ENFANT)

ENFANT

P

Η

Nom:	<u>.</u>	<u>LIVIANI</u>	O								
			$\begin{array}{c} T \\ O \end{array}$								
Ne(e) le :											
à :											
	<u>!</u>	FAMILLE									
Père		Mère	2								
Nom :		Nom :									
Prénom :		Prénom :									
Adresse :		Adresse :									
Situation familiale :		Situation familiale :									
Profession :		Profession:									
N° sécurité sociale :											
Téléphones		Téléphones									
Portable :		Portable :									
Travail :		Travail :									
Domicile :		Domicile :									
Mail :		Mail:									
<u>LIST</u>	E DES PERSONNES AUTORISI	EES A VENIR CHERCHER VOTRE ENFANT:	<u>s</u>								
Nama Duánama	Advana	Tálánhanaa Fr									
Noms Prénoms	Adresse	Téléphones En	n qualité de								
	Numéro Alloca	ataire CAF (obligatoire)									
<u> Père :</u>		<u>Mère :</u>									



FICHE SANITAIRE

1 - ENFANT					
Nom :					
Prénom :					
Sexe : Fille Garçon					
2 – RESPONSABLE LE	GAL D	E L'ENF	ANT		
Nom :					
Prénom :					
Adresse :					
Téléphones					
Portable:					
Travail :					
Domicile :					
2 DEDCONNE A CO	NITA CT	TD FN (CAC D'UDCENCE le: différe	to du reconomicable (écol)	
Nom :			CAS D'URGENCE (si différen	ite du responsable legal)	
Prénom :					
Adresse :					
Auresse		•••••			
	•••••	••••••	••••••		
Téléphones					
Portable :					
Travail :					
Domicile :					
				ficat de vaccination de l'enfant)	
Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole -Oreillons - Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polyo				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (précisez)	
5-RENSEIGNEMENTS • <u>L'enfant suit-il un tra</u>			CONCERNANT L'ENFANT	NON [
Si OIII ioindra una ar	donnar	co ráca:	nto at les médicaments serre	snandants (haitas da mádicaments d	ans lour

Si OUI, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boites de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant, avec la notice)
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance jointe.



Varicelle

Rubéole

Date:

Les Pitchous du Viaur Centre de loisirs Rue de l'église 81190 Mirandol-Bourgnounac

Scarlatine

Coqueluche

Otite

Rougeole

Oreillons

•L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (Entourez la bonne mention)

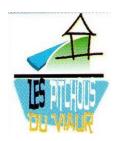
Rhumatisme

Angine

						aigu	iiaire										
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
• L'e	nfant fa	it-il l'o	bjet d'ι	ıne al	lergie	: OUI	χ ΝΟΙ	Nχ									
Si Ol	JI : *Qu	elle all	ergie :.														
*Cau	*Cause de l'allergie :																
*Cor	nduite à	tenir :		•••••	•••••									•••••		•••••	······
	•••••	•••••					•••••					•••••		•••••		•••••	
	•••••	•••••					•••••					•••••		•••••		•••••	
	•••		•														
	uillez no		•														
							prendre		_	_							
*Les	*Les recommandations utiles (lunettes, lentilles de contact, prothèse auditive)																
•••••	•••••	•••••		•••••	••••••	•••••	•••••	••••••	•••••	••••••	••••••	•••••	•••••	•••••	•••••	••••••	•••••
•••••	•••••	••••••		•••••	••••••	•••••	•••••	•••••	•••••	••••••	••••••	•••••	••••••	•••••	••••••	•••••	•••••
• Ve	uillez no	ous ind	liquer s	i l'enf	ant es	t soum	nis à un p	rotoco	ole d'ac	cueil ir	ndividua	lisé (P.	A.I.) :				
(Le c	as éché	ant, fo	urnir l'o	ordor	nance	du mé	édecin, le	s méd	icamer	nts et la	a procéd	ure à s	suivre)				
												•••••					
	••••											•••••					
la ·	ouesis:	a á													nonssk	lo láca	مام ا
-														-	•	•	
l'enf													-	décla		exacts	les
rens	eignem	ents p	ortes s	ur ce	ette fic	ine et	autorise	ie re	sponsa	pie de	es activit	es a	prendro	e, ie c	as eche	eant, to	outes

mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature:



Je soussigné	, autorise mon enfant
Je soussigné	, autorise mon enfant

Intitulé	Texte	Oui	Non
Autorisation de photos et vidéos	Autorise le personnel à prendre en photos/vidéo mon enfant pour : -utilisation interne à la structure -publication		
Autorisation sortie (transport en commun)	Autorise le personnel à sortir mon enfant en utilisant les transports en commun.		
Autorisation prescriptions	Autorise le personnel à administrer les éventuelles médications prescrites par le médecin et sur présentation d'une ordonnance		
Autorisation urgence	Autorise le personnel à prendre les mesures d'urgences nécessaires (hospitalisation, pompiers, SAMU)		
Autres			

Date: Signatures: