



Accueil périscolaire, mercredis récréatifs,  
accueil de loisirs,  
**LA CAPUCINE**

Heures d'ouverture de l'accueil périscolaire, mercredis et vacances scolaires :  
**tous les jours de 7h à 19h.**

Ouverture de l'accueil de loisirs toutes les vacances scolaires, juillet, août,  
sauf les vacances de Noël.

Votre enfant (né en 2017) peut être accueilli à *La Capucine* en cantine et en garderie dès son premier jour d'école, en mercredis récréatifs dès la première semaine et pour les vacances scolaires en accueil de loisirs dès les vacances d'automne. Il conviendra cependant de réserver les prestations pour l'accueil choisi.

Un dossier (comprenant une fiche de renseignements, une fiche sanitaire, une photocopie du livret de famille, les photocopies des vaccinations, l'attestation d'assurance scolaire et un justificatif CAF de votre quotient familial le cas échéant) devra être complété. Il est nécessaire pour l'accueil périscolaire, les mercredis récréatifs et l'accueil de loisirs des vacances scolaires. Les documents sont accessibles sur le site de la mairie de Mexy ou vous seront remis en main propre.

Venez remettre votre dossier ou bien prendre des renseignements sur nos modes de fonctionnement, auprès de Claire, responsable de *La Capucine* :

- du 24 au 28 août 2020

Dans tous les cas, appelez le 03.82.24.28.22 pour convenir d'un rendez-vous ou pour tout autre renseignement. Merci de respecter cette date, nous ne pourrons vous accueillir avant.

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS



## ENFANT :

NOM :	Prénom :
Né (e) le :	à :

## Facturation :

Nom et prénom du responsable légal à qui adresser les factures :
Adresse :
Adresse e-mail :


## Responsables légaux :

	PERE - MERE (1)	PERE - MERE (1)	TUTEUR (1)
NOM			
Prénom			
Adresse (si différente de l'adresse de facturation)			
Profession			
Employeur			
Adresse employeur			
Situation familiale : <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> mariés <input type="checkbox"/> séparés <input type="checkbox"/> divorcés <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> vie maritale <input type="checkbox"/> pacsés			
Autorité parentale : <input type="checkbox"/> conjointe <input type="checkbox"/> non conjointe - Si l'autorité parentale n'est pas conjointe, merci de nous fournir le jugement (l'autorité parentale et la garde sont juridiquement différentes).			
Téléphone	📞	📞	📞
Domicile	.....	.....	.....
Mobile	.....	.....	.....
Travail (2)	.....	.....	.....

(1) Barrez la mention inutile. (2) Précisez si ligne directe ou standard

Suite au dos

**Personnes autorisées à prendre en charge votre enfant (autres que les responsables légaux) :**

Nom et Prénom	

Régime alimentaire particulier (ex : sans porc) :

.....  
.....

Comportement alimentaire particulier (ex : petit mangeur) :

.....  
.....

Pour tout renseignement médical, merci de prendre contact avec la responsable de l'ALSH pour exposer la problématique.

**Autorisations parentales :**

Nous, soussignés .....  
responsables légaux de l'enfant .....

- Autorisons le responsable de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale,
- Autorisons le personnel à sortir mon ou mes enfants de l'enceinte de l'établissement pour les sorties en groupe dans le cadre des activités proposées par la structure (mercredis récréatifs, accueil de loisirs ...),
- Autorisons notre enfant à consommer des préparations culinaires réalisées sur place (hors prestations traiteur),
- Autorisons à ce que les supports visuels puissent être utilisés dans le cadre des activités de la structure et de leur promotion (photos de groupe dans la presse locale),
- Attestons avoir pris connaissance des conditions d'inscriptions à la Capucine,
- Autorisons les services communaux à utiliser les informations recueillies dans le présent formulaire pour ses activités et la promotion de ses services.

A Mexy, le .....

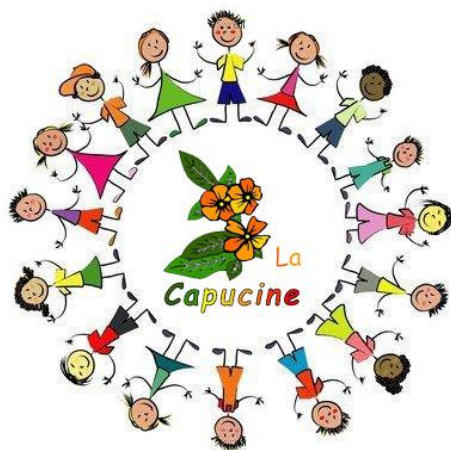
Signature du père :

Signature de la mère :



## Documents à fournir :

- fiche de renseignements
- photocopies du livret de famille
- fiche sanitaire
- photocopies des vaccinations du carnet de santé de l'enfant
- attestation d'assurance scolaire
- attestation de quotient familial délivrée par la CAF ( si concerné )
- attestation ATL pour l'accueil de loisirs délivrée par la CAF ( si concerné )



## Tarifs appliqués pour l'accueil périscolaire et les mercredis récréatifs au 1<sup>er</sup> septembre 2020

### Accueil périscolaire :

Quotient familial	de 0 à 499 €	de 500 à 1099 €	1100 € et plus
Garderie du matin	2,30 €	2,55 €	2,80 €
Cantine + garderie midi	5,95 €	6,20 €	6,45 €
Garderie du soir	2,90 €	3,20 €	3,50 €

### Mercredis récréatifs :

Quotient familial	de 0 à 499 €		de 500 à 1099 €		1100 € et plus	
	enfant scolarisé ou habitant Mexy	Hors Mexy	enfant scolarisé ou habitant Mexy	Hors Mexy	enfant scolarisé ou habitant Mexy	Hors Mexy
Journée ( sans repas )	8,00 €	11,00 €	9,50 €	12,50 €	10,90 €	13,90 €
½ journée	5,40 €	6,40 €	6,00 €	7,00 €	6,60 €	7,60 €
Repas	4,20 €	4,20 €	4,20 €	4,20 €	4,20 €	4,20 €

**Il appartient aux familles de justifier par attestation de la CAF votre quotient familial.  
Sans document, le tarif maximum sera appliqué et il ne pourra être  
procédé à aucun remboursement.**



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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 ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				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** pendant le séjour ? oui  non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **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	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES** : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES 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.**)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

#### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

---

---

---

---

---

---

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?       NON       OCCASIONNELLEMENT       OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?       NON       OUI

---

#### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) \_\_\_\_\_

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) \_\_\_\_\_

*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.*

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date :

Signature :

---

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

---

---

---

#### OBSERVATIONS

---

---

---

---

---

---