



# PIROUETTE

Accueil de Loisirs Périscolaire

## FICHE D'INSCRIPTION / CENTRE AERE AVRIL 2024

NOM & PRÉNOM DE L'ENFANT .....

DATE DE NAISSANCE : ..... LIEU DE NAISSANCE : .....

ÉCOLE FRÉQUENTÉE : .....CLASSE : .....

### TEMPS DE PRESENCE (inscription à la semaine obligatoire)

Du 22 avril au 26 avril 2024	Tarifs (en fonction Q.F page 4)		
	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
Lundi 22, mardi 23, mercredi 24, jeudi 25, vendredi 26	87.50 €	112.50 €	125 €

### REPAS

Classique

Sans viande

### HORAIRES DE L'ACCUEIL DE LOISIRS PIRouETTE

#### 8h30 (accueil du matin jusque 9h) à 17h30

Le départ des enfants inscrits se fait à partir de 17h par respect pour le travail de l'équipe d'animation et les activités en cours.

Si l'enfant doit rentrer seul ou si une autre personne que le responsable légal doit venir le chercher, il faut impérativement une décharge datée et signée.

#### PRÉ-ACCUEIL

Veillez indiquer si vous souhaitez profiter du pré-accueil :  OUI  NON

Heure supplémentaire le matin à partir de 7h30, facturée 2,25€ / jour / enfant

Heure supplémentaire le soir à partir de 17h30 facturée 2.25€ / jour / enfant

Veillez également préciser la fréquence prévue :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
7h30/ 8h30					
17h30/18h30					

## MÈRE OU TUTRICE LÉGALE

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

TÉLÉPHONE PORTABLE : .....

TÉLÉPHONE FIXE : .....

TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL : .....

PROFESSION : .....

ADRESSE MAIL : .....

## PÈRE OU TUTEUR LÉGAL

NOM : .....

PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

TÉLÉPHONE PORTABLE : .....

TÉLÉPHONE FIXE : .....

TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL : .....

PROFESSION : .....

ADRESSE MAIL : .....

RESPONSABLE PAYEUR :  PÈRE  MÈRE  TUTEUR LÉGAL

## ASSURANCE

NOM DE LA COMPAGNIE : .....

N° DE POLICE : .....

N° SÉCURITE SOCIALE (sur lequel est inscrit l'enfant) : .....

## CAF

ÉTES-VOUS ALLOCATAIRE DE LA CAF ? OUI NON

SI OUI, INDIQUEZ VOTRE NUMÉRO D'ALLOCATAIRE : .....

SI NON, AUTRE RÉGIME : .....

**Merci de joindre votre attestation CAF ou votre avis d'imposition et de prestations familiales**

## CONTACTS

Contacts Nom et Prénom	Lien Famille, amis, ...	Téléphone 1	Téléphone 2	A prévenir en cas d'urgence	Autorisé(e) à venir chercher l'enfant

## AUTORISATIONS (signature obligatoire)

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités de l'accueil de loisirs Pirouette

OUI  NON

Si non, lesquelles : .....

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette feuille, et autorise le responsable de l'accueil de loisirs Pirouette à prendre, le cas échéant, toutes mesures (consultations ou traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale ...) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

OUI  NON

J'autorise mon enfant à utiliser des transports mis en place pour les déplacements liés aux activités. (bus, minibus, transports Metz métropole ect ... )

OUI  NON

J'autorise mon enfant à participer aux sorties proposées par le centre de loisirs Pirouette

OUI  NON

J'autorise mon enfant à quitter seul l'accueil (ne sont concernés que les enfants de plus de 8 ans)

OUI  NON

Pendant les activités, j'autorise le personnel du centre à photographier et/ou filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives

OUI  NON

J'autorise l'Accueil de Loisirs Pirouette à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (réseaux sociaux, presse, affichage, médias numériques, ect...)

OUI  NON

Je soussigné NOM ..... Prénom.....

Déclare avoir lu et approuvé les modalités de fonctionnement et le règlement intérieur de l'accueil de loisirs

Déclare avoir pris connaissance des tarifs et des modalités d'inscription.

Fait à ..... le .....

Certifie exact les renseignements sanitaires suivants et autorise mon enfant à venir à l'accueil de loisirs Pirouette selon ses jours d'inscriptions, du 7 juillet au 30 juillet de l'année en cours.

**SIGNATURE :**

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant.

## RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TÉLÉPHONE PORTABLE : ..... TÉLÉPHONE FIXE : .....

TÉLÉPHONE BUREAU : .....

NOM ET TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT (facultatif) .....

## 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
Diphtérie						Hépatite B	
Tétanos						Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite						Coqueluche	
Ou DT polio						Autres (préciser)	
Ou Tétracop							
BCG							

**Attention !!! Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires joindre un certificat médical de non-contre-indication**

**Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.**

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant l'accueil ? 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 ?

ANGINE				RUBEOLE				RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ				SCARLATINE			
OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON	
COQUELUCHE				ROUGEOLE				OREILLONS							
OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON					

**ALLERGIES :**

ASTHME	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
MEDICAMENTEUSES	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
ALIMENTAIRES	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>

AUTRES : .....

**PRÉCISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR** (si automédication le signaler)

.....  
.....  
.....

**INDIQUER 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**

**Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc ....**

**Précisez :**

.....  
.....  
.....

---

**Je soussigné, .....** responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'Accueil de Loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures ( traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

**DATE .....**

**SIGNATURE :**

## TARIFS ACCUEIL DE LOISIRS PIROUETTE

Le tarif est calculé en fonction du Quotient Familial (Q.F) (voir tableau ci-après)

Une réduction est possible si vous bénéficiez de l'Aide au Temps Libre de la CAF (ATL).

	Quotient Familial	Tarif/ semaine Journée complète
Tarif 1	Inférieur à 650	87.50 € soit 17.50 €/jour
Tarif 2	De 650 à 800	112.50 € soit 22.50 €/jour
Tarif 3	Supérieur à 800	125 € soit 25 €/jour

**Le repas et le goûter sont inclus dans le prix**  
**+ 2,25 €/heure supplémentaire**

## MODALITÉS D'INSCRIPTION

Dossier d'inscription **COMPLET** à retourner soit :

- Par courrier à l'Accueil de Loisirs Pirouette Ruelle du Jeu de quilles 57050 Lorry les Metz
- Par mail : [alp@lorrylesmetz.fr](mailto:alp@lorrylesmetz.fr)

### PIÈCES À FOURNIR AVEC LE DOSSIER :

- LA FICHE D'INSCRIPTION
- LA FICHE SANITAIRE (+ copie du carnet de santé de l'enfant)
- Attestation de votre quotient familial ou le dernier avis d'imposition\*
- La notification « Aide aux temps libres » de la CAF pour les personnes concernées
- Le **règlement OBLIGATOIRE** par virement ou par chèque (justificatif virement) pour valider l'inscription
  - par chèque à l'ordre de la **REGIE LORRY**
  - soit par virement **IBAN FR76 1007 1570 0000 0020 0508 037**

**(MERCİ DE REALISER LE VIREMENT SEULEMENT APRES AVOIR RECU LA CONFIRMATION DE L'INSCRIPTION)**

\* En cas de non-présentation de l'avis d'imposition ou du quotient familial, le tarif le plus élevé sera automatiquement appliqué.

### **Attention !!!**

**Les places sont limitées, les dossiers seront pris selon la date de réception.**

**Les enfants de la Commune de Lorry-lès-Metz restent prioritaires.**

**Aucun remboursement ne sera effectué si l'enfant n'est pas présent au centre la semaine de son inscription sauf pour raisons médicales (justificatif obligatoire à fournir)**

## ADRESSE ET CONTACT

Le centre aéré se déroulera dans les locaux de l'Accueil de Loisirs Périscolaire :

Ruelle du jeu de Quilles à Lorry-lès-Metz (57050)

En cas de besoin, vous pouvez contacter notre équipe :

**03.87.54.79.76 // [alp@lorrylesmetz.fr](mailto:alp@lorrylesmetz.fr)**