



FICHE D'INSCRIPTION

Vacances d'été

(Du lundi 08 au vendredi 26 juillet 2019 inclus)

LIEU : GROUPE SCOLAIRE ALBERT DOUAY

RUE GUSTAVE CHARPENTIER – 59111 BOUCHAIN



Du lundi 08 au vendredi 12 juillet 2019*

Du lundi 15 au vendredi 19 juillet 2019*

Du lundi 22 au vendredi 26 juillet 2019*

*(*bien vouloir cocher la ou les cases correspondantes)*

Permanences d'inscription les samedis 11/05, 18/05 et samedis 25/05/2019

Permanences d'inscription les mercredis 15/05, 22/05 et 29/05/2019

Au Centre Médico-Social / ou en mairie de 09H00 à 12H00

ATTENTION : UNE REUNION PARENTS / EQUIPE PEDAGOGIQUE SE TIENDRA LE MERCREDI 26 JUIN 2019 A 18H00 EN SALLE DE RECEPTION N°2 et 3

NB : Pour toute première inscription aux accueils collectifs de mineurs de Bouchain, n'oubliez pas de retirer le dossier annuel d'inscription en mairie, ou sur le site de la ville www.bouchain.fr (rubrique Education/Jeunesse)

L'enfant :

Nom et Prénom de l'enfant :

Date de Naissance :

Responsable de l'enfant :

Nom et prénom du père, mère / ou tuteur légal :

Adresse :

Tél domicile : Portable :

Adresse mail :

N° Sécurité Sociale :

N° Allocataire ou MSA ou quotient familial :

N° Assurance Responsabilité Civile :

Contre-indication médicale : OUI NON

Si oui laquelle :

Recommandations particulières :

Médecin traitant : N° Tél :

Autorisation Photo : OUI NON

Publication Facebook OUI NON

Personne(s) autorisée(s) à reprendre l'enfant :

Nom et Prénom :

Qualité :

Numéro de téléphone :

Nom et Prénom :

Qualité :

Numéro de téléphone :

Bouchain le :

Signature

TARIFS ACCUEIL COLLECTIFS DE MINEURS PARTICIPATION A LA SEMAINE



BOUCHINOIS			
TARIFS	1^{er} ENFANT	2^{ème} ENFANT	3^{ème} ENFANT
<i>revenu annuel brut imposable jusqu'e 8000 €</i>	20 €	19 €	18 €
<i>revenu annuel brut imposable jusqu'e 16000 €</i>	24 €	22 €	21 €
<i>Revenu annuel brut imposable au-dessus de 16000 €</i>	28 €	26 €	25 €

NON BOUCHINOIS			
TARIFS	1^{er} ENFANT	2^{ème} ENFANT	3^{ème} ENFANT
	46 €	41 €	37 €

TARIFS PERI-CENTRE PARTICIPATION A LA SEANCE

Le péricentre ouvre du lundi au vendredi durant l'accueil collectif de mineurs comme suit :

Matin : de 07H30 à 09H00

Soir : de 17H00 à 18H30

TARIFS	QUOTIENT FAMILIAL	BOUCHINOIS			NON BOUCHINOIS		
		1^{er} ENFANT	2^{ème} ENFANT	3^{ème} ENFANT	1^{er} ENFANT	2^{ème} ENFANT	3^{ème} ENFANT
A	De 0 à 220 €	1,50 €	1,40 €	1,30 €	2 €	1,90 €	1,80 €
B	De 221 à 330 €	1,60 €	1,50 €	1,40 €	2,10 €	2 €	1,90 €
C	De 331 à 400 €	1,70 €	1,60 €	1,50 €	2,20 €	2,10 €	2 €
D	De 401 à 600 €	1,80 €	1,70 €	1,60 €	2,30 €	2,20 €	2,10 €
E	De 601 à 802 €	2 €	1,80 €	1,60 €	2,50 €	2,30 €	2,10 €
F	De 803 à 1001 €	2,20 €	2 €	1,80 €	2,70 €	2,50 €	2,30 €
G	De 1002 à 1150 €	2,40 €	2,20 €	2 €	2,90 €	2,70 €	2,50 €
H	De 1151 et plus	2,60 €	2,40 €	2,20 €	3,10 €	2,90 €	2,70 €



FICHE D'INSCRIPTION

Séjours

TRANCHE D'AGE : 11 – 15 ANS

LIEU : BASE DE LOISIRS – PARC D'OHLAIN

MAISNIL LES RUITZ



Du lundi 08 au vendredi 12 juillet 2019 (11 – 12 ANS)

Du lundi 15 au vendredi 19 juillet 2018 (13 – 15 ANS)

(*bien vouloir cocher la ou les cases correspondantes)

Supplément de 51 EUROS / SEMAINE

Nombre de places limitées (**24 enfants maximum par semaine**)

L'enfant :

Nom et Prénom de l'enfant :

Date de Naissance :

Responsable de l'enfant :

Nom et prénom du père / mère ou tuteur légal :

Adresse :

Tél domicile : Portable :

Adresse mail :

N° Sécurité Sociale :

N° Allocataire ou MSA ou quotient familial :

N° Assurance Responsabilité Civile :

Contre-indication médicale : OUI NON

Si oui laquelle :

Recommandations particulières :

- Apporter une copie des vaccinations à jour

Médecin traitant : N° Tél :

Autorisation Photo : OUI NON

Publication Facebook OUI NON

Personne(s) autorisée(s) à reprendre l'enfant :

Nom et Prénom :

Qualité :

Numéro de téléphone :

Nom et Prénom :

Qualité :

Numéro de téléphone :

Bouchain le :

Signature



FICHE D'INSCRIPTION



Séjours TRANCHE D'AGE : 7 – 10 ANS



LIEU : ECOLE DU SORCIER – N'JOY

CHAUNY (80)

TRANCHE D'AGE : 7 – 10 ANS

- Du lundi 08 au vendredi 12 juillet 2019* (7 – 8 ANS) : **10 enfants maximum**
- Du lundi 15 au vendredi 19 juillet 2019 (9 - 10 ANS) : **24 enfants maximum**

(*bien vouloir cocher la ou les cases correspondantes)

Supplément de 36 EUROS / SEMAINE

L'enfant :

Nom et Prénom de l'enfant :

Date de Naissance :

Responsable de l'enfant :

Nom et prénom du père / mère ou tuteur légal :

Adresse :

Tél domicile : Portable :

Adresse mail :

N° Sécurité Sociale :

N° Allocataire ou MSA ou quotient familial :

N° Assurance Responsabilité Civile :

Contre-indication médicale : OUI NON

Si oui laquelle :

Recommandations particulières :

- Apporter une copie des vaccinations à jour

Médecin traitant : N° Tél :

Autorisation Photo : OUI NON

Publication Facebook OUI NON

Personne(s) autorisée(s) à reprendre l'enfant :

Nom et Prénom :

Qualité :

Numéro de téléphone :

Nom et Prénom :

Qualité :

Numéro de téléphone :

Bouchain le :

Signature

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.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

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

Je soussigné, 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.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

OBSERVATIONS

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