



## COMMUNE DE SAINT MARTIN DU VIVIER

Centre de Loisirs  
1345, route de la Vallée  
76160 SAINT MARTIN DU VIVIER  
Tel : 02.35.61.05.03

@ : [centre.loisirs@saintmartinduvivier.fr](mailto:centre.loisirs@saintmartinduvivier.fr)



# DOSSIER D'INSCRIPTION 2018/2019

### ENFANT :

Nom : .....

Prénom : .....

Sexe :  F  M Né(e) le : .....

Adresse : .....

Classe fréquentée : .....

### J'inscris mon enfant :

le mercredi hors vacances scolaires

pendant les vacances scolaires

**TARIF journée complète :** .....

**TARIF demi-journée :** .....

### RESPONSABLE (S) DE L'ENFANT :

Nom et prénom du père : .....

Adresse : .....

Profession : .....

Tél. (dom. ou travail) : ..... Portable.....

Courriel : .....

Nom et prénom de la mère : .....

Adresse : .....

Profession : .....

Tél (dom. ou travail) : ..... Portable.....

Courriel : .....

### SITUATION FAMILIALE DES PARENTS DE L'ENFANT :

Mariés  Divorcés  Vie maritale  Célibataire

Êtes-vous allocataire de la caisse d'allocations familiales ?  oui  non

Ou autre(s) régime(s) : .....

### CAISSE D'ASSURANCE MALADIE

Nom.....

N° immatriculation.....

### MUTUELLE

Nom.....

Adresse.....

### AUTORISATION PARENTALE :

J'autorise mon enfant à quitter seul le Centre de Loisirs à la fin des activités (16h45)  oui  non

La personne habilitée à prendre en charge mon enfant est : .....

J'autorise mon enfant à être photographié ou filmé  oui  non

Signature

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON :**

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 et la posologie)

L'enfant souffre-t-il d'allergies ?     oui     non

Si oui, lesquelles ?.....

L'enfant a-t-il des problèmes 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.

.....

.....

**Nom et téléphone du médecin traitant :**

.....

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 santé de l'enfant.

Date :

Signature :

**Tarifs à la journée**

Ressources mensuelles en euros	Famille de 1 enfant	Famille de 2 enfants	Famille de 3 enfants
Jusqu'à 1399	6,10 €	5,50 €	5,00 €
1400 à 2199	7,60 €	6,80 €	6,20 €
2200 à 2999	9,55 €	8,55 €	7,80 €
3000 à 3799	11,90 €	10,70 €	9,60 €
3800 et +	14,85 €	13,35 €	11,95 €
hors commune	Tarif unique : 21 €		

**Tarifs à la demi-journée**

Ressources mensuelles en euros	Famille de 1 enfant	Famille de 2 enfants	Famille de 3 enfants
Jusqu'à 1399	3,70 €	3,35 €	3,10 €
1400 à 2199	4,65 €	4,15 €	3,75 €
2200 à 2999	5,75 €	5,25 €	4,75 €
3000 à 3799	7,30 €	6,40 €	5,80 €
3800 et +	9,00 €	8,15 €	7,30 €
hors commune	Tarif unique : 11 €		

Tarif du repas : 3.90€

Tarif de la garderie : 2.00€

Pénalité de retard : de 6€ à 10€

**Documents à annexer au dossier d'inscription :**

- Une copie du carnet de vaccination
- Une copie de la police d'assurance « responsabilité civile » pour l'année 2018/2019
- Une copie de l'avis d'imposition « revenus 2017 » pour calculer le tarif qui vous sera appliqué