

CENTRE D'ACCUEIL ET DE LOISIRS - GLOMEL



DOSSIER D'INSCRIPTION Année 2016



Je soussigné(e) (nom et prénom du responsable légal de l'enfant) :

Demeurant à (indiquez le N° de votre habitation) :

Adresse durant le séjour à l'ALSH (si différente de celle du représentant légal) :

Téléphone domicile : Portable : Téléphone lieu de travail :

Adresse mail :@.....

nom et prénom de(s) l'enfant(s)	date de naissance	âge

Je joins :

- l'attestation d'aptitude à la natation
- la fiche de renseignement
- la fiche sanitaire de liaison (feuillelet CERFA)
- la copie de votre (vos) feuille(s) d'imposition

TARIFS :

Les tranches de revenus fiscaux de référence		Désignation	Journée	1/2 journée	Forfait semaine	Cochez votre tranche
0,00 €	6 000,00 €	A	5,00 €	2.50 €	22.50 €	
6 001,00 €	12 000,00 €	B	6,00 €	3.00 €	27.00 €	
12 001,00 €	18 000,00 €	C	7,00 €	3.50 €	31.50 €	
18 001,00 €	24 000,00 €	D	8,00 €	4.00 €	36.00 €	
24 001,00 €	30 000,00 €	E	9,00 €	4.50 €	40.50 €	
30 001,00 €	36 000,00 €	F	10,00 €	5.00 €	45.00 €	
36 001,00 €	48 000,00 €	G	11,00 €	5.50 €	49.50 €	
48 001,00 €	60 000,00 €	H	12,00 €	6.00 €	54.00 €	
60 001,00 €	66 000,00 €	I	13,00 €	6.50 €	58.50 €	
66 001,00 €	72 000,00 €	J	14,00 €	7.00 €	63.00 €	
72 001,00 €	& +	K	15,00 €	7.50 €	67.50 €	
Hors CCKB		L	16,00 €	8.00 €	72.00 €	

Le forfait semaine est applicable durant les périodes de vacances, il correspond à une réduction de 10% du prix-journée au bénéfice des familles inscrivant leur(s) enfant(s) sur la semaine calendaire complète. Si la semaine comprend un jour férié, le coût du forfait est minoré en proportion.

Les tarifs 1/2 journée sont majorés de 2.50 € si l'enfant prend le déjeuner.

L'accueil péri-centre est payant, en supplément des tarifs indiqués ci-dessus, à hauteur de 0,25 € la 1/2 heure comptabilisée, chaque 1/2 heure entamée étant facturée.

Les mini-camps organisés en période estivale donnent lieu à une facturation supplémentaire de 4 € par « nuitée ».

Je déclare accepter que mon enfant participe à toutes les activités de l'ALSH.

J'autorise la CCKB à utiliser, à titre gratuit, les photographies prises dans le cadre des activités du centre à des fins de communication.

J'autorise la direction du centre à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'hospitalisation de mon enfant.

Les inscriptions ne pourront être acceptées que dans la limite des places disponibles. La CCKB accepte les Bons Vacances de la MSA, les chèques vacances et les CESU.

Un devoir de réserve est assuré par la direction du centre concernant l'ensemble des documents et renseignements communiqués.

A....., le

Signature d'un parent (ou représentant légal)

Siège social : CCKB - Cité administrative – 6, rue Joseph Pennec - 22110 ROSTRENEN

Adresse : ALSH - Etang du Corong - 22110 GLOMEL

Mail : centredeloisirs.cckb@orange.fr

Téléphone : 02 96 24 94 52 ou 06 30 05 24 46

CERTIFICAT D'APTITUDE A LA NATATION

(NB : obligatoire uniquement si activité nautique prévue - ex : canoë, kayak, aviron, etc..)

(NB : les activités nautiques sont organisées pour les enfants ayant 8 ans minimum.)

Je soussigné(e), agissant en qualité de maître-nageur, atteste avoir vérifié l'aptitude à la natation de l' (des) enfant(s) :

-

-

-

-

Fait à , le

Signature du maître-nageur et cachet de la piscine

FICHE DE RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

Situation familiale :

Vous vivez en couple en étant : mariés pacsés sans être mariés ni pacsés en famille recomposée

Vous vivez seul(e) en étant : célibataire séparé(e) de fait divorcé(e)

Nom et prénom du père (ou représentant légal)

Adresse :

Numéro de Sécurité Sociale ou MSA :

Nom et prénom de la mère

Adresse :

Numéro de Sécurité Sociale ou MSA :

Régime social :

CAF MSA - adresse :

Votre numéro d'allocataire :

Assurance mutuelle :

Nom & adresse :

.....

N° contrat :

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

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