

CENTRE AERE ETE 2020



6-12 ans



La ville de Gandrange organise son Centre Aéré d'été* en collaboration avec le centre ADEPPA à Vigy pour les enfants de 6 à 12 ans du 13 juillet au 14 août 2020.

Vous pouvez télécharger le dossier d'inscription sur le site de la ville gandrange.fr ou venir le récupérer en mairie. Le dossier est à déposer en mairie :

- Au bureau périscolaire aux heures d'ouverture
- Dans la boîte aux lettres « Mairie » en cas de fermeture.

En raison du protocole sanitaire, places limitées et priorité aux Gandrangeois

INSCRIPTIONS JUSQU'AU 10 JUILLET MIDI



* sous réserve de validation au conseil municipal du 07/07/20



Mairie de Gandrange—17 rue des écoles — 57175 GANDRANGE
Tel : 03 87 67 17 79 — www.gandrange.fr



**CENTRE AERE (6-12 ans)
ETE 2020
Lieu : ADEPPA VIGY**



Dossier d'inscription à déposer en mairie pour **le 10 juillet à midi** au plus tard en mairie :

- Au bureau périscolaire aux heures d'ouverture
- Dans la boîte aux lettres « Mairie » en cas de fermeture

Le Centre Aéré fonctionnera **du lundi 13 juillet au vendredi 14 août 2020** pour les enfants de 6 à 12 ans.

Inscriptions à la semaine (attention places limitées)

Les enfants Gandrangeois sont prioritaires.

HORAIRES

⇒ **Accueil le matin à partir de 7h30 au préau de l'école Blanchet**

⇒ **Départ à 8h30 en bus**

⇒ **Retour le soir à 17h00 au préau de l'école Blanchet**

⇒ **Départ des enfants au plus tard à 17h30**

En cas d'absence de votre enfant, veuillez contacter directement le secrétariat du centre ADEPPA au 03.87.77.92.09 en précisant que votre enfant fait parti du groupe de Gandrange.

Adresse du Centre ADEPPA :

34 Avenue Charlemagne 57640 Vigy



TARIFS

Mode de calcul du quotient familial : Totaliser tous les revenus annuels, hors prestations sociales, sans aucune déduction, y ajouter, le cas échéant, les revenus perçus à l'étranger avant retenue de l'impôt. Diviser par le nombre de parts : Voir avis d'imposition ou non-imposition revenus 2018 sur les revenus 2017. (Vous n'avez pas besoin de fournir la copie de l'avis d'imposition si votre enfant fréquente le périscolaire pour la saison 2019-2020)

1^{er} Enfant :

<i>Code Tarif</i>	<i>Quotient familial</i>	<i>Total semaine (5 jours)</i>
<i>1</i>	<i>Jusqu'à 8 000 €</i>	<i>70.00 €</i>
<i>2</i>	<i>De 8 001 € à 13 000 €</i>	<i>78.00 €</i>
<i>3</i>	<i>A partir de 13 001 €</i>	<i>86.50 €</i>
<i>4</i>	<i>Non Gandrangeois</i>	<i>109,00 €</i>

2^{ème} Enfant :

<i>Code Tarif</i>	<i>Quotient familial</i>	<i>Total semaine (5 jours)</i>
<i>1</i>	<i>Jusqu'à 8 000 €</i>	<i>65.00 €</i>
<i>2</i>	<i>De 8 001 € à 13 000 €</i>	<i>73.00 €</i>
<i>3</i>	<i>A partir de 13 001 €</i>	<i>81.50 €</i>
<i>4</i>	<i>Non Gandrangeois</i>	<i>109,00 €</i>

PEUVENT VENIR EN DEDUCTION POUR LES BENEFICIAIRES :

(Joindre les coupons)

- ↳ La participation du Comité d'Entreprise
- ↳ Les coupons CAF « Aides aux vacances » année 2020

N. B : Règlement par chèques vacances non accepté.

**En cas d'absence, merci de fournir une copie du certificat médical.
Si absence injustifiée, un montant égal au prix journalier sera réclamé aux familles.**





**Fiche de Renseignements
Centre Aéré été 2020
Lieu : ADEPPA VIGY**



1 - Renseignements concernant l'Enfant

N° :

NOM		PRENOM	
Date de Naissance	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nationalité	Numéro CAF

2- Renseignements concernant le foyer où vit l'enfant :

(1) rayer la mention inutile

Responsable légal de l'enfant :

Père / Beau-père : (1)

Mère / Belle-mère : (1)

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Adresse complète :

Adresse complète :

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

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

N° Téléphone domicile :

N° Téléphone domicile :

Portable :

Portable :

Adresse E-Mail :

Adresse E-Mail :

Profession :

Profession :

Employeur :

Employeur :

Adresse complète de l'Employeur :

Adresse complète de l'Employeur :

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

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

Téléphone Employeur :

Téléphone Employeur :

En recherche d'un emploi ? oui non

En recherche d'un emploi ? oui non

N° Sécurité Sociale :

N° Sécurité Sociale :

Situation familiale :

Situation familiale :

Marié Divorcé Célibataire
(rayer les mentions inutiles)

Mariée Divorcée Célibataire
(rayer les mentions inutiles)

N.B : Pour les parents divorcés merci de joindre une copie du jugement de divorce

Personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

N° Téléphone :

N° Téléphone :

Portable :

Portable :

CHOIX DES SEMAINES D'INSCRIPTION

METTRE UNE CROIX DEVANT LA OU LES SEMAINES CHOISIES



1) du 13 au 17 JUILLET
(Férié le 14 juillet)

2) du 20 au 24 JUILLET

3) du 27 au 31 JUILLET

4) du 03 au 07 AOUT

5) du 10 au 14 AOUT

Régime alimentaire : NON OUI

Si OUI précisez : Sans Porc Sans viande

3 - AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné (e)
autorise mon enfant
à participer aux activités et sorties proposées.

J'autorise mon enfant à participer à l'activité piscine (baignade surveillée)

OUI NON

Votre enfant sait-il nager ?

OUI NON

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives

OUI NON

En cas d'accident, j'autorise les responsables à prendre toutes les mesures nécessaires, traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale rendus nécessaires par l'état de mon enfant

OUI NON

J'autorise mon enfant à effectuer certains déplacements :

En minibus OUI NON

En bus de location OUI NON

J'autorise le personnel du centre ADEPPA à photographier et/ou filmer mon enfant pour la création de souvenirs et archives

OUI NON

J'autorise le centre ADEPPA à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse et journaux locaux, nouveau média, affiches ...)

OUI NON

4-Personnes autorisées à récupérer mon enfant :

Nom/Prénom Lien parenté : Téléphone :

Adresse

Nom/Prénom Lien parenté : Téléphone :

Adresse

Nom/Prénom Lien parenté : Téléphone :

Adresse

Nom/Prénom Lien parenté : Téléphone :

Adresse

Fait à, le / / Signature du responsable de l'enfant :
(précédé de la mention "lu et approuvé")

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				BCG	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Ou DT polio				Coqueluche	
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

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'accueil extrascolaire (centre aéré) ? 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.

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non

ALIMENTAIRES oui non

MÉDICAMENTEUSES oui non

AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

.....

.....

.....

.....

.....

.....

P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) en cours non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....
.....
.....
.....
INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....
.....
.....
3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ

.....
.....
4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui non

Autorisation de transport en bus de location : oui non

5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE) : PROFESSIONNEL :

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

Je soussignée,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :