



# Association « LES PETITS POTES »

40 rue du Bouchat  
38140 LA MURETTE

[contact@espetitspotes.org](mailto:contact@espetitspotes.org) / [www.lespetitspotes.org](http://www.lespetitspotes.org) / 06-73-80-35-21

## DOSSIER 2017

**Pour les inscriptions n'oubliez pas de vous munir :**

- \* Du dossier d'inscription complété (fiche enfant + fiche sanitaire, avec copie de la page des vaccinations du carnet de santé)
- \* De la fiche d'inscription de la période souhaitée
- \* D'un justificatif du dernier Quotient Familial de moins de 2 mois ou votre avis d'imposition sur les revenus de 2015
- \* D'un justificatif de domicile de moins de 3 mois
- \* De votre mode de règlement (chèque, espèces ou chèque vacances)

**L'inscription ne sera validée que si le dossier est COMPLET !**

TARIFS 2017	Quotient familial	Demi-journée seule	Demi-journée + repas	Journée complète	Forfait semaine + stage ou séjour
Tarif intérieur (*)	0 – 550	3,5	6	7	Les forfaits seront annoncés 1 mois avant chaque période de vacances.
	551 – 700	5	9	10	
	701 – 900	6	10	12	
	901 – 1100	7	11	14	
	1101 – 1400	8	12	16	
	1401 – 2000	9	13	18	
	2001 et plus	10	14	20	
Tarif extérieur	0 - 1400	11	15	22	
	1401 et plus	12	16	24	

**L'adhésion de 15€ par famille est à régler une fois pour l'année civile.**

*\* Habitants des communes de La Murette, St Blaise du Buis, St Cassien, Réaumont et Charnècles qui font partie de la convention intercommunale, et Rives en cas de fermeture du Centre de Loisirs des « Trois Fontaines ». Les habitants de Charavines bénéficient également de ces tarifs, mais uniquement pour les petites vacances scolaires et le mois d'août.*

**Ces documents vous seront demandés une fois par année civile.**

**En cas d'absence de justificatif de quotient familial, de numéro d'allocataire ou de l'avis d'imposition sur les revenus de 2015 au moment de l'inscription, la famille se verra appliquer le tarif maximum.**

# Règlement intérieur 2017

Age pour l'Accueil de loisirs : 3 – 12 ans

## Horaires Vacances :

Temps d'accueil du matin	De 7h30 à 9h00
Temps d'accueil avant repas	De 11h45 à 12h00
Temps d'accueil après repas	De 13h à 13h15
Temps de départ du soir	De 17h00 à 18h30

## Horaires Mercredis :

Temps d'accueil avant repas	De 12h à 12h30
Temps d'accueil après repas	De 13h15 à 13h30
Temps de départ du soir	De 17h à 18h30

Lieu : École de La Murette (accès par le portail vert)

Tarif intérieur : Calculé en fonction du quotient familial et compris entre 7 et 20€ la journée, il concerne les familles dont le responsable habite l'une des communes conventionnées : La Murette, Saint Blaise du Buis, Réaumont, Saint Cassien et Charnècles. Charavines est aussi conventionnée à l'exception des mercredis et du mois de juillet.

Tarif extérieur : Calculé également en fonction du quotient familial mais sur un tableau différent, il est de 22 ou 24€ la journée.

Le tarif journée comprend les repas, goûters et activités.

Pour les inscriptions à la demi-journée, le tarif journée est à diviser par deux.

Pour une demi-journée avec repas, une grille de tarif en fonction du quotient familial est mise en place allant de 6€ à 14€.

Une participation supplémentaire pourra être demandée pour les sorties ou activités exceptionnelles.

**Une adhésion de 15 euros par famille est demandée pour l'année civile.**

Pour les familles de La Murette dont le Quotient Familial est inférieur à 800€, le CCAS propose des aides financières. N'hésitez pas à vous renseigner auprès des Petits Potes ou de la mairie.

- Le dossier d'inscription est à retirer sur place lors des permanences ou à télécharger sur notre site internet : [www.lespetitspotes.org](http://www.lespetitspotes.org) rubrique « Inscriptions ».

- Les inscriptions se font à la semaine, à la journée ou à la demi-journée **lors des permanences**. Le directeur pourra prendre une inscription supplémentaire, seulement en cas d'urgence et si le nombre d'animateurs est suffisant.

Les enfants inscrits uniquement les jours de sortie seront automatiquement placés sur liste d'attente afin de favoriser les enfants présents toute la semaine, conformément à notre engagement avec la CAF de l'Isère.

**Après inscription, aucun remboursement ne sera possible**, sauf en cas de maladie en cours de séjour. Sur absence justifiée par un certificat médical, l'association remboursera les parents en se réservant toutefois la somme forfaitaire correspondant à une journée (frais administratifs, de repas et d'encadrement).

- **Les vaccinations** (à jour) sont obligatoires : Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (en conformité aux Directives Jeunesse & Sports). Fournir une photocopie du carnet de vaccination à jour ou présenter le carnet de santé.

- **L'attestation de présence** est à réclamer au Responsable de centre, au plus tard le dernier jour du séjour de votre enfant ou par mail. Nous pouvons vous établir une attestation annuelle pour la déclaration d'impôts. En faire la demande par mail.

- Sauf contre-indication de votre part, l'association se réserve le droit d'accéder à votre quotient familial via le logiciel CAFPRO. Les données récupérées ne seront utilisées que dans le but de calculer votre tarif journalier.

- Aucun objet personnel perdu ou cassé au centre ne pourra être remboursé : bijou, montre, jeu, vêtement ....

- **Prévoir chaque jour un petit sac à dos avec une gourde, une casquette et de la crème solaire.**

- Laisser un 2<sup>ème</sup> sac à dos avec un change pour les plus jeunes et leur doudou.

- Mettre des vêtements pratiques sans grande valeur et marquer les vêtements et sacs au nom de votre enfant.

- En cas d'absence de votre enfant, prévenir le responsable du centre dès que possible au **06 73 80 35 21**.

Pièces à fournir pour toute inscription : *Les inscriptions ne seront pas prises en compte si le dossier est incomplet*

1. Fiche enfant complétée (une fois par année civile)
2. Fiche sanitaire complétée (une fois par année civile) avec copie des pages vaccinations du carnet de santé.
3. Dernière notification CAF comportant votre numéro d'allocataire et votre quotient familial (de moins de 2 mois) ou avis d'imposition des revenus de l'année 2015.
4. Fiche d'inscription de la période concernée.
5. Justificatif de domicile de moins de 3 mois.
6. Règlement (Chèque, espèces ou chèques vacances)

## FICHE ENFANT – ANNEE 2017

Photo

**Nom de l'enfant :**

**Prénom de l'enfant :**

Sexe :

Date de naissance :

Ecole (ville) :

Classe :

**Nom du responsable** (Allocataire CAF) : ..... **Prénom :** .....

Email : ..... Situation familiale : .....

Adresse : .....

Code Postal et Ville : .....

Tél. Domicile : ..... Tél. Professionnel : .....

Tél. Portable : ..... N° poste : .....

CAF (département) : ..... N° CAF : .....

Régime (Général, MSA, agricole) : ..... Quotient familial : .....

---

**PERE (si différent du responsable) :** ..... **Prénom :** .....

Email : ..... Situation familiale : .....

Adresse : .....

Code Postal et Ville : .....

Tél. Domicile : ..... Tél. Professionnel : .....

Tél. Portable : ..... N° poste : .....

---

**MERE (si différent du responsable) :** ..... **Prénom :** .....

Email : ..... Situation familiale : .....

Adresse : .....

Code Postal et Ville : .....

Tél. Domicile : ..... Tél. Professionnel : .....

Tél. Portable : ..... N° poste : .....

---

### Personnes habilitées à récupérer l'enfant autre que les parents

NOM – Prénom – Qualité : ..... Tél. ....

NOM – Prénom – Qualité : ..... Tél. ....

NOM – Prénom – Qualité : ..... Tél. ....

### Personnes à prévenir en cas d'accident après les parents

NOM – Prénom – Qualité : ..... Tél. ....

NOM – Prénom – Qualité : ..... Tél. ....

NOM – Prénom – Qualité : ..... Tél. ....

---

Médecin traitant : ..... Tél. ....

Observations : .....

Repas spécial (sans porc, sans lait, ...) : .....

**Autorisation de Filmer :** OUI - NON

**Autorisation de transport en véhicule :** OUI - NON

**Autorisation de rentrer seul :** OUI - NON

**Nage t-il :** OUI - NON

**Brevet Nat. :** OUI - NON

**Autorisation d'accès au logiciel CAFPRO :** OUI - NON

Je soussigné(e) ..... déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus et déclare accepter le règlement intérieur de l'accueil de loisirs.

Fait à ..... Le ..... / ..... / ..... Signature :



<b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</b>	<b>1 – ENFANT</b> NOM : ..... PRÉNOM : ..... DATE DE NAISSANCE : ..... GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	---

**ANNEE 2017**

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET SERA DETRuite A LA FIN DE L'ANNEE.

**En cas de prise en charge par un médecin ou les pompiers, cette feuille sera le seul suivi médical qu'ils auront.  
Elle comprend toutes les informations dont ils ont besoin pour soigner au mieux votre enfant.  
Merci donc de la remplir avec soin et attention.**

**1 – 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	
<b>Ou</b> DT polio				BCG	
<b>Ou</b> Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTITÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

**2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

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)*

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance et autorisation parentale.

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

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

**ALLERGIES :**    ASTHME                    oui  non                     MÉDICAMENTEUSES                    oui  non   
                          ALIMENTAIRES    oui  non                     AUTRES .....

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

.....

.....

.....

.....

**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 : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| PORTABLE : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

BUREAU : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT : .....

*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 :

---

**COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DE L'ACCUEIL DE LOISIRS**

LES PETITS POTES  
40 RUE DU BOUCHAT  
38140 LA MURETTE

06-73-80-35-21 / [contact@lespetitspotes.org](mailto:contact@lespetitspotes.org) / [www.lespetitspotes.org](http://www.lespetitspotes.org)