

MERCREDIS RECREATIFS 2018/19

Mailly-Champagne et Rilly la Montagne

DATE LIMITE DE DEPÔT DES DOSSIERS : VENDREDI 20 JUILLET 2018

Par courriel : gaelle.mazocky@grandreims.fr

Par courrier : Service Périscolaire - 2 pl. de la République 51500 Rilly la Montagne.

RESPONSABLES LEGAUX		
	PÈRE	MÈRE
NOM + Prénom	.....	.....
Adresse + CP + Commune	..........	..........
Téléphone fixe	.....	.....
Téléphone portable	.....	.....
Téléphone professionnel	.....	.....
Adresse courriel@.....@.....
ENFANT		
NOM :	Prénom :	
Date de naissance :/...../.....	Fille <input type="checkbox"/>	Garçon <input type="checkbox"/>
Adresse :		

Personne à prévenir en cas d'urgence (nom, adresse, téléphone) :

L'enfant peut-il repartir seul après l'activité : OUI NON

Personnes autorisées à reprendre l'enfant après l'activité :

✓ **DOCUMENTS A FOURNIR :**

Une attestation d'assurance **Responsabilité Civile** pour les accidents que peut causer l'enfant, **Individuelle corporelle** pour les accidents dont il peut être victime et la fiche sanitaire de liaison.

✓ **INSCRIPTION ET FACTURATION :**

Un planning d'inscription est à remplir (ci-contre), toutes modifications (inscription ou annulation) est possible dans le respect d'un délai de 5 jours calendaires (sous peine de facturation du repas) auprès du directeur de l'accueil.

Possibilité d'inscription à la demi-journée, à la journée avec ou sans repas, la facturation est établie en fonction de la présence de l'enfant.

Le règlement intérieur de l'accueil du Mercredi est disponible sur le site www.grandreims.fr onglet **Pôle Vesle & Coteaux** onglet « Vie pratique » onglet « Inscriptions 2018-19 ».

TOUTE INSCRIPTION CONSTITUE UNE ACCEPTATION DU RÈGLEMENT ET ENGAGE FINANCIÈREMENT LES REPRÉSENTANTS LÉGAUX

Mon enfant est inscrit les mercredis / à la cantine de :

NOM et prénom de l'enfant :

Classe :

Régime particulier : J'apporte les repas (PAI **obligatoire avant** toute inscription)

Repas sans porc

Repas végétarien

Tarif Mercredis Recréatifs de Mailly-Champagne et Rilly la Montagne		
Le tarif de cantine s'aligne sur les tarifs appliqués durant le temps scolaire, soit 5,30 € pour le repas.		
Enfants de la CU (parents résidents CU travaillant sur le CU ou grands-parents résidents sur la CU :	1/2 journée 8h/12h ou 14h/18h	Journée complète sans repas 8h/12h et 14h/ 18h
Régime CAF non imposable :	3,40 €	6,80 €
Caf imposable :	3,75 €	7,50 €
Autre régime :	3,95 €	7,90 €
Enfants hors CU		
Régime CAF non imposable :	6,30 €	12,60 €
Caf imposable :	7,00 €	14,00 €
Autre régime :	7,40 €	14,80 €

Inscription à la journée ou en demi journée pour l'accueil de loisirs du mercredi.

	Semaine	MATINÉE (8h-12h)	CANTINE (12h-13h30)	APRÈS-MIDI (13h30-18h)
36	5 Septembre			
37	12 Septembre			
38	19 Septembre			
39	26 Septembre			
40	3 Octobre			
41	10 Octobre			
42	17 Octobre			
VACANCES DE LA TOUSSAINT				
45	7 Novembre			
46	14 Novembre			
47	21 Novembre			
48	28 Novembre			
49	5 Décembre			
50	12 Décembre			
51	19 Décembre			
VACANCES DE FIN D'ANNÉE				
2	9 Janvier			
3	16 Janvier			
4	23 Janvier			
5	30 Janvier			
6	6 Février			
VACANCES D'HIVER				
9	27 Février			
10	6 Mars			
11	13 Mars			
12	20 Mars			
13	27 Mars			
14	3 Avril			
VACANCES DE PRINTEMPS				
17	24 Avril			
18	1 ^{er} Mai	FÉRIÉ		
19	8 Mai	FÉRIÉ		
20	15 Mai			
21	22 Mai			
22	29 Mai			
23	5 Juin			
24	12 Juin			
25	19 Juin			
26	26 Juin			
27	3 Juillet			

Date et signatures des 2 représentants légaux :

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

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.

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

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

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

OBSERVATIONS

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