



Mairie Arcachon



Fiche de Réservation Semaine ALSH « WORKSHOP et Sports Innovants »

➡ **Vacances Ados**

Du 22 au 25 avril 2025

* ECRIRE EN LETTRE CAPITALE

Nom et prénom de l'enfant* :

Date de Naissance :

Nom et prénom du responsable* :

Adresse du responsable*

.....

Téléphone du responsable :

Adresse Mail* :@.....

Classe et établissement scolaire de l'enfant :

Régime alimentaire particulier à préciser :

AUTORISATIONS

Je soussignéautorise :

- l'assistant sanitaire à donnermg de Doliprane et/ou Spasfon à mon fils/ma fille
..... en cas de fièvre ou de douleur. OUI / NON
- Droit à l'image (dans le cadre des publications de la Ville). OUI / NON
- Droit de partir seul(e) : OUI / NON

Rappel : A partir de 11 ans (6^{ème}) jusqu'à 17 ans

**Au programme pour la semaine ALSH Vacances ados :
Workshop le matin**

Pique-nique fourni par la Maison de Jeunes

Découverte de sports innovants l'après-midi

Détail disponible sur le programme des activités

Dossier à retourner avant le 9 avril 2025.

Toute réservation reçue après cette date ne sera traitée que dans la limite des places disponibles.

Heures d'ouverture du Secrétariat :

Lundi – Mardi – Mercredi – Jeudi : de 9h à 12h30 / de 13h30 à 17h

Vendredi : de 9h à 12h30

Contact : Fabienne FABRER - 05.57.72.71.05

mmj5@ville-arcachon.fr

Date et signature :

Workshop et Sports innovants

Du 22 au 25 avril 2025

LUNDI

Féerie

MARDI

Construction
d'un boîte
mystère et d'une
horloge en bois
3D



TCHOUKBALL



MERCREDI

Construction
d'un circuit
électrique



ULTIMATE



JEUDI

Finalisation des
mécanismes
d'énigme



POUL BALL



VENDREDI

Journée de
rencontre
avec les
jeunes
d'Artigues
pour une
découverte du



KINBALL

11 ans (6^{ème}) à 17
ans,
Inscriptions du
12/03/2025 au
09/04/2025
Nombre de places
limité
Secrétariat 9h-17h
05 57 72 71 05
mmj5@ville-
arcachon.fr

Programmation susceptible d'être modifiée en fonction des conditions météo

Mairie  **Arcachon**



Tarifs Semaine - ALSH Du 22 au 25 avril 2025

QF	TARIF TOTAL
<299 €	18.16 €
Entre 300 € et 499 €	29.80 €
Entre 500 € et 599 €	34.28 €
Entre 600 € et 699 €	40.60 €
Entre 700 € et 899 €	47.96 €
Entre 900 € et 1199 €	54.96 €
Entre 1200 € et 1799 €	69.08 €
Entre 1800 € et 2099 €	69.88 €
Entre 2100€ et 2399 €	83.64 €
Entre 2400€ et 2699 €	85.96 €
>2700	90.04 €

Documents obligatoires à joindre à la fiche d'inscription



1. ☐ La fiche d'Inscription
2. ☐ La fiche sanitaire (jointe) remplie et signée (valable 1 an)
3. ☐ La copie du carnet de vaccination (valable 1 an)
4. ☐ Attestation mentionnant que vous n'êtes pas en congés durant la(es) semaine(s) demandées pour votre (vos) enfant(s). Pour les 2 parents.
5. ☐ L'autorisation de sortie (jointe) remplie et signée
6. ☐ L'autorisation de droit à l'image (jointe) remplie et signée
7. ☐ L'attestation papier sécurité sociale (du parent qui couvre l'enfant) en cours de validité
8. ☐ **L'attestation d'assurance scolaire ou responsabilité civile mentionnant le nom de l'enfant en cours de validité.**
9. ☐ Justificatif des prestations de la CAF et n° CAF du mois en cours, si vous percevez des prestations CAF soumis à revenus, sinon l'avis d'imposition 2024
10. Certificat médical mentionnant :
 - ☐ été / Automne / Printemps:
 - Sports aquatiques
 - Plongée
 - ☐ Hiver:
 - ski
 - Sports d'Hiver
11. ☐ L'Attestation d'Aisance aquatique scolaire (Savoir Nager) ou brevet de natation 50m
12. ☐ PAI en cours si l'enfant est concerné par le dispositif

Astuces : Lors de votre 1^{er} rendez-vous chez le médecin, favoriser les mentions complètes, hiver et été demandées. Le certificat sera valable 3 ans (hors plongée, à renouveler tous les ans si l'activité est pratiquée. Décret n°2023-253 du 31 août 2023)

Pour les jeunes précédemment inscrits, merci de nous fournir le document 3 en cas de nouveaux vaccins, le dernier justificatif caf si concernés et la Responsabilité Civile à jour.

Attention : Chaque document daté doit être de nouveau fourni une fois l'échéance dépassée.

Aucune inscription ne sera acceptée sans le dossier complet.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024/2025

DOCUMENT CONFIDENTIEL

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐FILLE ☐**1 – VACCINATIONS :** Joindre obligatoirement la copie du carnet de santé.

Les enfants nés à partir de 2018 sont soumis à 11 vaccins (et non 3)

Pour rappel :

VACCINS OBLIGATOIRES	VACCINS RECOMMANDÉS
	<u>Ou obligatoire pour les enfants nés après le 01/01/2018</u>
Diphtérie	Hépatite B *
Tétanos	Rubéole-Oreillons-Rougeole*
Poliomyélite	Coqueluche*
	Méningocoque C*
	Pneumocoque *
	Méningite Hib*
	Autres :

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs / périscolaires ? 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.**ALLERGIES : MÉDICAMENTEUSES OUI ☐ NON ☐*ALIMENTAIRES OUI ☐ NON ☐

□AUTRES :

PRÉCISEZ LA CAUSE ET LA RÉACTION DE L'ALLERGIE + joindre un certificat médical :

.....

CONDUITE A TENIR :

.....

Existe-t-il un P.A.I (projet d'accueil individualisé) ☐ OUI Joindre le protocole et toutes informations utiles. ☐NON

* s'il existe des **problèmes médicaux liés à l'alimentation** (allergie, intolérance alimentaire, diabète, maladie chronique ...), **un Protocole d'Accueil Individualisé Périscolaire devra être mis en place et/ou complété par un PAI existant**. L'enfant pourra ainsi bénéficier de son traitement ou de son régime alimentaire. Dans le cas où une trousse d'urgence est nécessaire, elle sera obligatoirement remise au responsable de la structure d'accueil.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si **oui préciser** en indiquant les précautions à prendre. ☐oui ☐non (ASTHME, MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION...)

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

3 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie, etc...

AUTRES RECOMMANDATIONS UTILES :

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

4 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

Responsable N °1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

.....

TEL DOMICILE TEL PORTABLE : TEL TRAVAIL

Responsable N °2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

.....

TEL DOMICILE TEL PORTABLE : TEL TRAVAIL

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e),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 du responsable n°1

Signature du responsable n°2