



TARIFS DES CENTRES DE LOISIRS

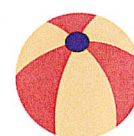
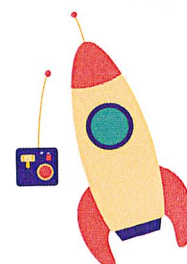
**SUR LE TERRITOIRE DE LA COMMUNAUTÉ D'AGGLOMÉRATION
MONT SAINT-MICHEL - NORMANDIE**

À PARTIR DE JUILLET 2024



TARIFS EXTRASCOLAIRES (VACANCES) ET MERCREDIS

QF ≤ 510 (CAF) QF ≤ 600 (MSA)	Journée AVEC repas *	4,00 €
	½ Journée SANS repas *	1,80 €
	½ Journée AVEC repas *	3,50 €
* Le tarif applicable est diminué de 50 % à partir du 2 ^{ème} enfant de la famille inscrit auprès de l'accueil de loisirs		
QF de 511 à 620 (CAF) QF de 601 à 900 (MSA)	Journée AVEC repas *	5,50 €
	½ Journée SANS repas *	3,00 €
	½ Journée AVEC repas *	4,30 €
* Le tarif applicable est diminué de 50 % à partir du 2 ^{ème} enfant de la famille inscrit auprès de l'accueil de loisirs		
QF 621 à 900	Journée SANS repas	6,40 €
	Journée AVEC repas	8,30 €
	½ Journée SANS repas	3,90 €
	½ Journée AVEC repas	5,80 €
QF 901 à 1400	Journée SANS repas	8,20 €
	Journée AVEC repas	10,10 €
	½ Journée SANS repas	5,00 €
	½ Journée AVEC repas	6,90 €
QF > 1400	Journée SANS repas	10,00 €
	Journée AVEC repas	11,90 €
	½ Journée SANS repas	6,10 €
	½ Journée AVEC repas	8,00 €
NON ALLOCATAIRES OU HORS COMMUNAUTÉ D'AGGLOMÉRATION MONT-SAINT-MICHEL - NORMANDIE	Journée SANS repas	17,10 €
	Journée AVEC repas	19,00 €
	½ Journée SANS repas	9,60 €
	½ Journée AVEC repas	11,50 €
REPAS UNIQUE LE MERCREDI (hors vacances)		4,30 €
PÉNALITÉS DE RETARD		5,00 €



TARIFS PÉRISCOLAIRES (ACCUEIL DU MATIN ET DU SOIR EN PÉRIODE SCOLAIRE) :

CES TARIFS NE CONCERNENT PAS LES GARDERIES COMMUNALES

QF 0 à 900	matin	0,70 €
	soir	1,40 €
QF 901 à 1400	matin	0,90 €
	soir	1,80 €
QF $\geq$ 1400 OU NON ALLOCATAIRES	matin	1,10 €
	soir	2,20 €
ACCUEIL VENDREDI DE 15H30 À 16H30 À BRÉCEY		0,50 €
PÉNALITÉS DE RETARD		5,00 €

Sur les temps périscolaires (garderies du soir) :

- le goûter est pris en charge par l'accueil de loisirs,
- un « coin des devoirs » est mis en place pour permettre aux enfants de s'isoler.

MINI-SÉJOURS :

	Tarifs par jour
QF $\leq$ 510 (CAF)	10,00 €
QF 511 à 620 (CAF)	12,00 €
QF 621 à 900 (CAF) QF de 0 à 900 (MSA)	18,00 €
QF 901 à 1400	22,00 €
QF $>$ 1400	26,00 €
NON ALLOCATAIRES ou HORS COMMUNAUTÉ D'AGGLOMÉRATION MONT-SAINT-MICHEL - NORMANDIE	32 €

PETITES SORTIES :

Il ne sera pas appliqué de supplément au tarif de la journée. Les petites sorties concernent les sorties dont le ticket d'entrée est inférieur à 20 € OU qui sont dans un rayon inférieur à 110 km par rapport au siège.



GRANDES SORTIES :

	Tarifs par jour	Supplément par jour	Tarif total par jour
QF $\leq$ 510 (CAF) QF $\leq$ 600 (MSA)	4 €	32,00 €	36,00 €
QF 511 à 620 (CAF) QF 601 à 900 (MSA)	5,5 €	32,00 €	37,50 €
QF 621 à 900 (CAF)	6,40 €	32,00 €	38,40 €
QF 901 à 1400	8,20 €	32,00 €	40,20 €
QF > 1400	10,00 €	32,00 €	42,00 €
NON ALLOCATAIRES ou HORS COMMUNAUTÉ D'AGGLOMÉRATION MONT-SAINT-MICHEL - NORMANDIE	17,10 €	32 €	49,10 €

Les grandes sorties concernent les sorties dont le ticket d'entrée est supérieur à 20 € OU qui sont dans un rayon supérieur à 110 km par rapport au siège.

À SAVOIR :

Le quotient familial (QF) est calculé chaque année pour chaque foyer fiscal par l'administration fiscale sur la base des données transmises dans la déclaration annuelle de revenus.

Toutes les attestations sont disponibles sur votre compte CAF en ligne. Vous pouvez directement le consulter avec votre numéro allocataire et votre mot de passe dans votre espace Mon Compte (rubrique demander une attestation / de paiement et de quotient familial).

Les tarifs hors communauté d'agglomération : ne s'appliquent pas si l'enfant est scolarisé sur le territoire. Cette règle s'applique également sur les tarifs des vacances, des mercredis et des petites sorties .

ACCUEIL DE LOISIRS DU MERCREDI MATIN :

Depuis le 1^{er} janvier 2020, cet accueil est de compétence communautaire et fonctionne avec une mise à disposition des personnels communaux à la Communauté d'Agglomération.

Cet accueil de loisirs se fait dans les locaux de l'école le mercredi matin de 7 H 30 à 12 H 30 et fait l'objet d'une déclaration auprès de la Direction Départementale de la Cohésion Sociale qui détermine la capacité d'accueil maximum. Le règlement de fonctionnement antérieur mis en place par la commune est maintenu.

Les arrivées des enfants peuvent se faire de façon échelonnées entre 7 H 30 et 9 H 00 ; de même que les départs entre 12 H et 12 H 30. Une plage de présence fixe est prévue pour les enfants inscrits entre 9 H et 12 H pour la bonne organisation des activités qui seront mises en place.

Les tarifs sont fixés par la Communauté d'Agglomération selon les quotients familiaux. Cet accueil fait l'objet d'une facturation spécifique établie par la Communauté d'Agglomération.

Pour cet accueil, nous devons impérativement connaître à l'avance le nombre d'enfants qui seront présents. En effet, du nombre d'enfants prévu découle l'organisation au niveau du personnel d'encadrement. Il ne nous est donc pas possible d'avoir des changements de dernière minute.

L'enfant ne peut être accueilli que si nous disposons au préalable de son dossier d'inscription complet.

1^{er} cas : si votre enfant a déjà fréquenté l'accueil de loisirs pendant l'année scolaire précédente : vous devez rencontrer Mme Nelly COTELLE, le 1^{er} mercredi où votre enfant viendra, pour la vérification et la mise à jour des informations du dossier et apporter l'attestation d'assurance et la copie de la page des vaccinations du carnet de santé à jour.

2^e cas : si votre enfant n'a pas encore fréquenté l'accueil de loisirs, vous devez donc remplir un dossier complet et le déposer en mairie. Se munir des éléments suivants : carnet de santé, attestation d'assurance responsabilité civile (activités extrascolaires) – n° allocataire CAF ou MSA.

Le calendrier mensuel est à remplir pour le 15 du mois précédent à la garderie.

ACCUEIL DE LOISIRS MERCREDI MATIN
Situé à l'école St Exupéry à LE VAL SAINT PERE
Année 2024/2025

Fiche d'inscription par enfant

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Responsables de l'enfant

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Adresse :

Adresse :

Père mère responsable légal *

Père mère responsable légal *

Personnel

Personnel

Téléphone

Téléphone

Portable

Portable

Adresse mail

Adresse mail

Professionnel

Professionnel

Téléphone

Téléphone

Portable

Portable

Adresse mail

Adresse mail

** entourer la réponse.*

Votre régime social :

N° de sécurité sociale dont dépend l'enfant :

CAF de :

N° ALLOCATAIRE :

MSA de :

N° ALLOCATAIRE :

AUTRE REGIME (à préciser) :

Sortie

Personnes autorisées à reprendre l'enfant :

Renseignements sanitaires

Votre enfant rencontre-t-il des problèmes de santé particuliers ?

(Allergies, traitements courts, contre-indications...)

Voir fiche sanitaire de liaison ci-jointe à remplir

Personnes à prévenir en cas d'urgence

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Adresse :

Adresse :

Personnel

Personnel

Téléphone

Téléphone

Portable

Portable

Professionnel

Professionnel

Téléphone

Téléphone

Portable

Portable

Autorisation de droit à l'image

J'autorise ☐

Je n'autorise pas ☐

les prises de photos – vidéos et leur diffusion sous toute forme à des fins représentatives des activités de l'accueil de loisirs.

Documents à fournir à la rentrée

N° assurance responsabilité civile –assurance extrascolaire et organisme :

(Photocopie de l'attestation à joindre)

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant
_____, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche
et autorise l'équipe d'encadrement à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical,
hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

A-----, le----- signature(s)



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

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 VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - 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	
Ou DT polio	☐	☐		BCG	
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

3 - 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.

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ 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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS

COMMUNE DU VAL SAINT PERE

ACCUEIL DE LOISIRS MERCREDI MATIN

PLANNING DE PRESENCE

SEPTEMBRE 2024

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT	04	11	18	25

Mettre une croix les jours où l'enfant sera présent.

