



SECTEUR JEUNES 12-17 ans SAINT ROMAIN DE JALIONAS

Tél : 04.74.90.92.42

DOSSIER D'INSCRIPTION 2024

RÈGLEMENT 2024

1) INSCRIPTION

Les parents doivent venir en Mairie. **Le dossier d'inscription doit être rempli et déposé en mairie accompagné du règlement et de toutes les pièces demandées (point 7).** Les habitants de SAINT ROMAIN DE JALIONAS seront prioritaires.



LES DOSSIERS INCOMPLETS NE SERONT PAS RÉCEPTIONNÉS.

2) FONCTIONNEMENT

L'Accueil de Loisirs Secteur Jeunes fonctionnera pendant les vacances scolaires du lundi au vendredi (sauf pendant les jours fériés, fermetures pendant le mois d'août et pendant le mois de décembre).

ACCUEIL :

Lieu d'accueil : GYMNASSE G.BLERIOT

L'accueil d'arrivée des jeunes se fera entre 08h00 et 09h00.

L'accueil de départ des jeunes se fera entre 17h00 et 18h00.

Ils seront pris en charge par le personnel encadrant et placés sous leur responsabilité et leur autorité.

REPAS :

Les enfants doivent apporter leur panier repas. Une salle sera mise à leur disposition (micro-onde, réfrigérateur,...)

3) TARIF et PAIEMENT : (tarif modifiable selon délibération)

Tarif sans repas

	QUOTIENT FAMILIAL	Inférieur à 550	de 550 à 864	de 865 à 1200	Supérieur à 1200
SAINT ROMAIN DE JALIONAS	Tarif Journée	13.00 €	15.00 €	17.00 €	19.00 €
	Tarif Semaine (5 jours)	50.00 €	54.00 €	56.00 €	60.00 €
EXTÉRIEUR	Tarif Journée	20.00 €	24.00 €	25.00 €	26.00 €
	Tarif Semaine (5 jours)	60.00 €	64.00 €	67.00 €	70.00 €

Le règlement sera effectué le jour de l'inscription par chèque à l'ordre de : ACM Saint Romain de Jalionas ou en espèces avec l'appoint contre attestation de paiement.

4) **ABSENCE**

Les parents doivent appeler le matin même au 07.86.53.55.32 avant 9h00 pour prévenir l'équipe d'animation. Il faudra ensuite envoyer un justificatif d'absence (certificat médical, ordonnance,...) en mairie dans les 2 jours qui suivent en précisant le ou les jours annulés pour déduction.

5) **DISCIPLINE**

En cas de non-respect des règles et du règlement, ou en cas de comportement violent ou irrespectueux, que ce soit lors de l'accueil dans les locaux ou lors d'une activité, l'équipe d'animation se garde le droit de convoquer les parents et d'exclure temporairement ou définitivement le jeune concerné **sans remboursement**. Elle peut aussi réclamer un remboursement en cas de dégradation du matériel.

6) **MÉDICAMENTS**

Dans la mesure du possible, il est préférable que votre enfant puisse prendre ses médicaments au domicile le matin ou le soir.

Si toutefois votre enfant suit un traitement médical à heure fixe, nous vous demandons de **joindre la photocopie de l'ordonnance et une autorisation parentale** à déposer en Mairie.

7) **INFOS COMPLEMENTAIRES**

Pour validation complète du dossier, il doit comprendre :

- Le règlement intérieur, daté et signé par les deux responsables légaux et l'enfant concerné (une copie de ce règlement vous sera remise ultérieurement)
- La fiche d'inscription + la fiche sanitaire
- Justificatif CAF
- Attestation d'assurance extra-scolaire

8) **RECLAMATION**

En cas de contestation, merci de prendre contact avec la directrice de l'ALSH au 07.86.53.55.32.

9) **DIVERS**

La Mairie décline toute responsabilité pour les objets emmenés de l'extérieur. Tout objet personnel reste sous la responsabilité des enfants. En cas de perte ou de vol, la commune déclinera toute responsabilité. Le téléphone portable est autorisé mais ne doit pas nuire au bon déroulement de la journée et des activités.

Il est interdit de fumer dans l'enceinte de l'ALSH, lors des sorties et des activités. La consommation et l'usage de drogues et d'alcool sont interdits.

L'inscription vaut acceptation du règlement

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepter les termes.

Signature des 2 responsables légaux et du jeune avec la mention « LU ET APPROUVÉ »

Date	Signatures		
	Responsable légal (1)	Responsable légal (2)	Jeune



SECTEUR JEUNES 12-17 ans
SAINT ROMAIN DE JALIONAS
Tél : 04.74.90.92.42

FICHE D'INSCRIPTION 2024

L'ENFANT

NOM et Prénom _____

Date de Naissance _____ Âge : _____

Adresse _____

RESPONBLE LÉGAL (1) :

NOM et Prénom _____

Adresse (si différente) _____

Téléphones : Domicile : _____ Travail : _____ Portable : _____

Adresse mail : _____

RESPONBLE LÉGAL (2) :

NOM et Prénom _____

Adresse (si différente) _____

Téléphones : Domicile : _____ Travail : _____ Portable : _____

Adresse mail (si différente) : _____

CAF :

NOM + Numéro d'Allocataire	
Caisse d'Allocations Familiales de	
Quotient Familial	
Numéro de Sécurité Sociale (qui assure l'enfant)	

Merci de joindre :

- **Justificatif CAF, pour les familles non allocataires, merci de nous fournir votre dernier avis d'imposition.**
- **Autorisation de consulter votre portail CAF famille ? OUI NON**
- **Attestation d'assurance extra-scolaire**

INSCRIPTION : (merci de cocher le profil et les jours d'inscription choisis)

PROFIL : à la JOURNÉE à la SEMAINE

JUILLET	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
SEMAINE 1 Du 08 au 12/07/2024					
SEMAINE 3 Du 22 au 26/07/2024					

SÉJOUR CAP D'AGDE DU 15 AU 19 JUILLET 2024 COMPLET

- L'enfant sait-il nager ? : OUI NON
- J'autorise mon enfant à rentrer seul à partir de 17h00: OUI NON
- **Droit à l'image :** durant les activités proposées, l'équipe d'animation peut être amenée à photographier les jeunes. Ces photographies pourront être diffusées sans contrepartie dans des documents réalisés dans le cadre de notre politique de communication (site internet, bulletin municipal, journaux, page facebook, application POLITEA...).

J'autorise la prise et la publication de photo de mon enfant dans le cadre du secteur jeunes :

OUI NON

Date

Signature responsable légal (1)

Signature responsable légal (2)



SECTEUR JEUNES 12-17 ans
SAINT ROMAIN DE JALIONAS
Tél : 04.74.90.92.42

FICHE SANITAIRE 2024

L'ENFANT

NOM et Prénom _____

Date de Naissance _____ Âge _____

Adresse _____

Problèmes de santé particuliers (allergies éventuelles, traitement...): Merci de préciser la conduite à tenir et préciser s'il y a un traitement médical + ordonnance:

Aucun médicament ne sera donné sans ordonnance

MÉDECIN TRAITANT

NOM et Prénom _____

Téléphone _____

Adresse _____

VACCINATIONS :

Merci de nous joindre la copie du carnet de vaccination.

RÉGIME ALIMENTAIRE: _____

Je soussigné : _____ représentant légal de l'enfant mineur désigné ci-dessus autorise à fréquenter les accueils organisés par la commune de Saint Romain de Jalionas ainsi qu'à utiliser les transports proposés pour se rendre sur les lieux d'activités. Je déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier et autorise la commune de Saint Romain de Jalionas à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date

Signature responsable légal (1)

Signature responsable légal (2)