Bien vaigniez du 25 février au 1ère Mars

A la cours des diablotins :

Damoiselles, chevaliers, seigneurs, escuyers, forgerons, venez tous tentez votre chance !!
Notre bon roi Tébor voudrait quérir, quelques courageux chevaliers pour son royaume.
La chose n'est pas aisée, il faut être courageux, motivé, sportif, inventif… Poltron couard et gueux s'abstenir……

Au programme : De 8h00 à 18h00

#

Lundi :

matin : je fabrique mon heaume de chevalier
Après-midi : jeux et déco du moyen âge

Mardi :

matin : poterie
Après-midi : piscine pataugeons entre Bon Gaultier

Mercredi :

matin : jeux de paume et de cross
Après-midi : festivités du roi, impressionnons le !!

Jeudi :

matin : vitrail
Après-midi : le grand tournoi des chevaliers

Vendredi :

Sortie journée complète à
dynamic land
château gonflable, jeux en bois, carrousel, joute de gladiateurs….

#

Bien vaigniez du 25 février au 1ère Mars
A la cours des diablotins :

Tarifs

Le prix de la semaine varie en fonction de votre quotient familial :

	Tarifs			
	Tranche 1	***Tranche 2***	***Tranche 3***	***Tranche 4***
QF	*- de 700*	*701 < 1000*	*1001 < 1300*	*> 1301*
Semaine complète	90 €	95 €	100 €	105 €
Après déduction CAF	73.50 €	78.50 €	83.50 €	88.50 €

Calcul du quotient familial :
QF = (Total des salaires et assimilés (déduction des pensions alimentaires versées) / 12) / nombres de parts

INSCRIPTION SEMAINE:
Merci de nous retourner la fiche d'inscription ci-jointe avec l'acompte de 50€ avant le **15 février 2013**

INSCRIPTION JOURNEE :
Il est possible d'inscrire votre enfant à la journée, pour un coût de 21.00€ par jour. Pour les inscrire merci de nous retourner la fiche d'inscription ci-jointe avec le règlement complet avant **le 15 février 2013**

Pour toute nouvelle inscription, merci de venir retirer un dossier au périscolaire.

A noter :
Penser à nous remettre à l'inscription les bons de vacances de la CAF, les chèques vacances, les CESU et les différentes aides des comités d'entreprise.

Coupon réponse :

Nom…….
Prénom…….âge……
Prénom…….âge……

- ☐ Inscription à la semaine Versement de 50€

  ☐ Chèque à l'ordre de l'AFRV N°……. ☐ espèces

- ☐ Inscription journée 21.00 € par jour. (Coché les journées concernées)

  Lundi ☐ mardi ☐ mercredi ☐
  Jeudi ☐ vendredi ☐
  ☐ Versement de ……. en chèque à l'ordre de l'AFRV N°…….
  ☐ Ou espèces

A savoir

L'engagement pris lors de l'inscription quant à la durée du séjour ne pourra être modifié, sauf en cas de force majeur (maladie, accident...) sur justificatif à présenter obligatoirement

Familles rurales
Vivre mieux !
Association de Verny

AUTORISATION PARENTALE

Nous soussignés _____ autorisons les responsables de l'accueil de loisirs Familles Rurales à présenter mon (mes) enfant(s) à un médecin en cas de soin à donner d'urgence et si nécessaire sous anesthésie. Nous nous engageons à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

Si cela est possible, nous souhaitons la consultation du docteur _____ (nom, adresse, téléphone) ou l'hospitalisation à _____ (précisez le nom de l'hôpital ou de la clinique).

Nous autorisons notre (nos) enfant(s) :

- à participer aux activités organisées par l'association;
- à voyager en voiture individuelle, par moyen de transport collectif ;
- à diffuser ou reproduire des photos ;
- à se baigner

Notre (nos) enfant(s) : _____, _____, _____ sait (savent) nager
Notre (nos) enfant(s) : _____, _____, _____ ne sait (savent) pas nager.

NB : les enfants autorisés à se baigner doivent être vaccinés contre la poliomyélite.

Observations particulières (contre-indications alimentaires, maladies chroniques …) ou recommandations des parents pour chacun des enfants :

_____
_____
_____

Personnes à prévenir en cas de nécessité :

Nom : _____ Prénom : _____ Tél :
Nom : _____ Prénom : _____ Tél :
Nom : _____ Prénom : _____ Tél :
Nom : _____ Prénom : _____ Tél :

Lu et approuvé
Le :

Signature des parents
(ou signature du tuteur légal)

40 rue du Château 57420 VERNY ✆ 03 87 52 72 33

Association inscrite au Tribunal d'Instance de Metz Volume XXXVI n° 40 du 12 juin 1970 Agrément Jeunesse et Sports n° 57225 du 5 décembre 1973

MINISTERE 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 ❑

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

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				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	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.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

---

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

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 :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

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

.....

.....

.....

OBSERVATIONS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ecoprint 01 64 66 3000