

Modalités d'inscription :

Envoyer ce dossier avant le 30/06/20 accompagné des documents demandés au dos et du paiement. Chèque à l'ordre de : ACEL TRAPPES

PHOTO

Barème tarifaire selon le quotient familial

		1 semaine	2 semaines	3 semaines	4 semaines	Dates
Q1	0€ à 320€	10,50 €	21,00 €	28,35 €	33,60 €	
Q2	320,01€ à 600,00€	25,10 €	50,20 €	67,77 €	80,32 €	
Q3	600,01€ à 850,00€	35,20 €	70,40 €	95,04 €	127,04 €	
Q4	850,01€ à 1080,00€	46,00 €	92,00e	124,20 €	173,76 €	
Q5	1080,00€ à 1230,00€	51,00 €	102,00 €	137,70 €	220,48 €	
Q6	1230,01€ à 1380,00€	56,00 €	112,00 €	151,20 €	267,20 €	
Q7	1380,01€ à 1530,00€	66,00 €	132,00 €	174,20 €	313,92 €	
Q8	1530,01€ et plus	79,00 €	158 €	213,30 €	360,64 €	

PROJET EDUCATIF DE L'ACEL DE TRAPPES

L'ACEL de Trappes est une association de loi 1901, d'inspiration chrétienne ouverte à tous. Elle vise à organiser toutes sortes d'initiatives culturelles, éducatives et de loisirs en faveur des enfants et adolescents sur la ville de Trappes (78).

Nous reconnaissons l'enfant ou le jeune comme une personne unique. Même le plus faible est reconnu dans sa dignité. Nous choisissons d'aller chercher avec une attention plus particulière ceux qui sont les plus éloignés, les plus fragiles, les plus pauvres. L'estime mutuelle permet de vivre ensemble en fraternité.

Nous sommes appelés à être responsables de nos actes, à vivre et accueillir l'autre dans le respect de ses différences. Notre objectif est de former une personne dans sa globalité (Dans le strict respect de la laïcité) Notre projet peut se résumer ainsi : Participer à l'éducation des enfants et adolescents en s'appuyant sur tous et plus particulièrement sur les jeunes adultes qu'ils côtoient quotidiennement.

Participant(e)

Nom et Prénom : _____

Né(e) le : ____/____/____ Age: ____ans Garçon ☐ Fille ☐

Responsable

Nom : _____

Prénom : _____

Lien avec l'enfant _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

☐ Domicile : ____/____/____/____/____ ☐ Travail : ____/____/____/____/____

☐ Mobile : ____/____/____/____/____

Numéro d'urgence pendant l'accueil ☐ : ____/____/____/____/____

Adresse électronique : _____@_____

N° de SS : | | | | | | | | | | Adresse du centre payeur : _____

Adhérez vous à une mutuelle ? ☐oui ☐non Si oui adresse de la mutuelle : _____

Bénéficiez vous de la Couverture Maladie Universelle ? ☐oui ☐non (Si oui, joindre photocopie)

Autorisation parentale pour les photos et vidéos

Je soussigné(e), responsable de l'enfant

Autorise ☐

N'autorise pas ☐

que mon enfant soit filmé / photographié lors des différentes activités, une autorisation me sera demandée pour toute publication (affiche, site...). J'atteste également avoir pris connaissance du projet éducatif de l'ACEL de Trappes.

Fait à..... le.....

Signature

Conformément à la loi informatique et liberté du 6 janvier 1978 modifiée et au règlement général sur la protection des données, vous disposez d'un droit d'accès, d'interrogation, de limitation, de portabilité, d'effacement, de modification et de rectification des informations vous concernant. Vous disposez également d'un droit d'opposition au traitement de vos données à caractère personnel, ainsi que d'un droit d'opposition. Vous disposez enfin du droit de définir des directives générales et particulières définissant la manière dont vous entendez que soient exercés, après votre décès ces droits.

DOSSIER SANITAIRE

Nom : _____ Prénom : _____



**Joindre OBLIGATOIREMENT les photocopies des pages
de vaccinations du carnet de santé de l'enfant**

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

I	VARICELLE ☐ oui ☐ non	ANGINES ☐ oui ☐ non	RHUMATISMES ☐ oui ☐ non	SCARLATINE ☐ oui ☐ non
COQUELUCHE ☐ oui ☐ non	OTITES ☐ oui ☐ non	ASTHME ☐ oui ☐ non	ROUGEOLE ☐ oui ☐ non	OREILLONS ☐ oui ☐ non

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant :
(maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducation)

	/	/
	/	/
	/	/

Recommandations (Allergies, régime alimentaire, comportement à surveiller ...) :

- 1- Actuellement, l'enfant suit-il un traitement ? ☐ OUI ☐ NON (Si oui, joindre l'ordonnance)
- 2- L'enfant mouille-t-il ses vêtements (pipi) ☐ OUI ☐ NON
- 3- Occasionnellement ☐ OUI ☐ NON
- 4- S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée? ☐ OUI ☐ NON
- 5- L'enfant fume-t-il avec votre accord ? ☐ OUI ☐ NON

Règlement

Tout manquement grave à la discipline sera signalé aux parents et l'exclusion pourra être décidée. Les frais d'accompagnement et les frais médicaux sont à la charge de la famille. L'ACEL TRAPPES n'est pas responsable des pertes ou vols d'objets dans le centre de vacances. Tout séjour commencé est dû en totalité.



[?] Pièces obligatoires à fournir [?]

À l'inscription (sauf si déjà remis avec l'inscription de l'année)

- ☐ fiche d'inscription +
- ☐ photocopie attestation sécurité sociale +
- ☐ photocopie attestation assurance
responsabilité civile +
- ☐ dossier sanitaire et photocopie du
carnet de vaccins +
- ☐ photocopie CMU (si bénéficiaire)

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e),.....
Représentant légal de
déclare exactes les renseignements portés sur cette fiche.
Je l'autorise à participer à l'accueil de loisirs organisé par l'ACEL
TRAPPES et à ses activités. J'autorise également le responsable du
séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médicaux,
hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par
l'état de l'enfant. J'atteste avoir pris connaissance du projet éducatif de
l'ACEL de Trappes.

Le / / à

Signature