

# Mes vacances à l'Accueil de loisirs

## ÉTÉ 2017

DU LUNDI 10 JUILLET

AU VENDREDI 1<sup>ER</sup> SEPTEMBRE



### TARIFS / CATÉGORIES / RÈGLEMENT

- 1** Catégorie 1 de 3,50 € à 13,80 €  
(familles domiciliées à Saint-Cyr-sur-Loire)
- 2** Catégorie 2 de 3,50 € à 16,50 €  
(familles domiciliées à La Membrolle-sur-Choisille)
- 3** Catégorie 3 de 3,50 € à 17,60 €  
(familles qui travaillent à Saint-Cyr-sur-Loire et/ou grands-parents domiciliés à Saint-Cyr-sur-Loire)
- 4** Catégorie 4 de 3,50 € à 22,70 €  
(familles n'habitant pas Saint-Cyr-sur-Loire)

Le tarif est calculé en fonction du quotient familial et la facture correspondante vous sera adressée par courrier.

Attention !

→ Accueil  
au Gymnase Ratier  
rue du 8 mai

**Enfants 3-11 ans**  
scolarisés  
en maternelle  
ou  
en élémentaire

Les enfants (scolarisés au collège) seront accueillis dans le cadre de #CapJeunes et les demandes d'inscription seront à retirer à compter du 9 mai au service Vie scolaire et jeunesse.

**Inscriptions du 9 mai au 19 mai pour les catégories 1,2 et 3  
et du 22 mai au 24 mai pour la catégorie 4**

de 8 h 30 à 17 heures au service Vie scolaire et jeunesse

**Renseignements : 02 47 42 80 62 ou 67**





**PORTES OUVERTES**  
**mercredi 21 juin**  
**de 16 h à 18 h**  
**mercredi 5 juillet**  
**de 14 h à 16 h**

## Quand ? Où ?

L'Accueil de Loisirs fonctionne pendant les vacances scolaires de 9 h à 17 h 15.

Il accueille **les enfants de 3 ans à 11 ans révolus (scolarisés en maternelle ou en élémentaire)**. La capacité d'accueil du centre est de 300 enfants maximum.

L'Accueil de Loisirs de la ville de Saint-Cyr, le "Moulin Neuf", est situé sur la commune de Mettray, rue du Vieux Calvaire. Tél : 02 47 41 21 69.

## Accueil ?

Pour les parents qui travaillent, un accueil à Mettray permet de déposer les enfants entre 7 h 30 et 9 h et de venir les chercher entre 17 h 15 et 18 h 30.

Un second accueil fonctionne à Saint-Cyr, dans les locaux du Gymnase René Ratier (rue du Huit mai), de 7 h 30 à 8 h 30 et de 17 h 30 à 18 h 30 (les enfants sont alors acheminés entre l'accueil et le Centre de loisirs par bus).

## Comment s'inscrire ?

Les inscriptions s'effectuent à la semaine et se déroulent uniquement au service Vie scolaire et jeunesse de la mairie de Saint-Cyr-sur-Loire.

**Les inscriptions par courriel ou voie postale ne seront pas prises en considération pour éviter toute erreur et tout litige.**

Afin de limiter le temps d'attente pour les familles, nous vous demandons de vous présenter muni des pièces ou photocopies sollicitées pour l'année 2016. Merci de votre compréhension.

- Le N° d'allocataire CAF (attestation) ou avis d'imposition 2015
- Le carnet de santé de l'enfant
- La fiche sanitaire jointe et dûment complétée
- Un justificatif de domicile (parents ou grands-parents habitant à Saint-Cyr-sur-Loire)
- Une attestation d'assurance personnelle ou volet d'assurance scolaire couvrant les risques "Individuelle-Accident" et la Responsabilité Civile (1)

(1) ces documents resteront dans le dossier de l'enfant

## Remboursement en cas d'absence ?

Seules les absences d'au moins une semaine sont remboursées sur justificatif d'un certificat médical déposé au service Vie scolaire et jeunesse de la mairie, au plus tard **dans les 48 heures** qui suivent l'absence.

## Quelle offre de loisirs ?

Des activités variées seront proposées à vos enfants par les animateurs de la structure. Ils auront l'occasion de faire des activités manuelles (pâte à sel, constructions, bricolage...) et des grands jeux en extérieur.

À partir de 5-6 ans des veillées jusqu'à 21 h seront proposées aux enfants.

Pour les plus de 8 ans nous proposons des mini-séjours à thème à l'extérieur et des nuitées au Moulin Neuf.



## Un renseignement complémentaire ?

**Prenez contact avec le service**

**Vie scolaire et jeunesse**

**à la mairie**

**au 02 47 42 80 62 ou 67.**

## Veillées, nuitées, camps proposés...

ENFANTS NÉS EN	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006
ÉQUIPE	Lollipops	Pimousses	Smarties	Carambars	Chouquettes	Macarons	Bonbecs	Cupcakes

JUILLET 2017	Semaine du 10/07 au 14/07					Semaine du 17/07 au 21/07					Semaine du 24/07 au 28/07					Semaine du 31/07 au 4/08				
	L 10	M 11	M 12	J 13	V 14	L 17	M 18	M 19	J 20	V 21	L 24	M 25	M 26	J 27	V 28	L 31	M 1	M 2	J 3	V 4
VEILLÉE																				
NUITÉE																				
CAMP																				

AOÛT 2017	Semaine du 7/08 au 11/08					Semaine du 14/08 au 18/08					Semaine du 21/08 au 25/08					Semaine du 28/08 au 1/09				
	L 7	M 8	M 9	J 10	V 11	L 14	M 15	M 16	J 17	V 18	L 21	M 22	M 23	J 24	V 25	L 28	M 29	M 30	J 31	V 1
VEILLÉE																				
NUITÉE																				
CAMP																				



**Assurance** (Couvrant les risques "Individuelle Accident" et Responsabilité Civile) :

**Nom de l'assurance** ..... **N° du contrat** : .....

**Mutuelle complémentaire** : (Désignation de la Compagnie et n° du contrat)

**Nom de la mutuelle** ..... **N° du contrat** : .....

En cas d'urgence, dans quel établissement hospitalier l'enfant devra-t-il être conduit ? :

.....

J'autorise mon enfant à rentrer seul ..... **OUI**  **NON**

J'autorise la mairie de Saint-Cyr-sur-Loire à utiliser la photographie de mon enfant dans un des supports de communication municipale (magazine, site internet, journal interne...) ..... **OUI**  **NON**

Je soussigné(e), responsable de(s) l'enfant(s)

.....

- atteste l'exactitude des renseignements portés sur le présent document.

- dégage de toute responsabilité les organisateurs en ce qui concerne tout éventuel incident ou accident en dehors des temps d'accueil.

Saint-Cyr-sur-Loire, le .....

Signature



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### 1 – ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_  
PRENOM : \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
GARCON  FILLE

DATES ET LIEU DE SEJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ;  
ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

### 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 RECOMMANDES	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 MEDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

### 3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 marqués 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 ?

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui  non  MEDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES .....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

### INDIQUEZ CI-APRES :

LES **DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PECAUTIONS A PRENDRE**.

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

Votre enfant mouille-t-il son lit ? oui  non  parfois

### 4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIREES , ETC... PRECISEZ.

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

Autorisez-vous votre enfant à fumer pendant le séjour ? oui  non

### 5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ..... PRENOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR) .....

.....

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

NOM ET TEL DU MEDECIN 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

COORDONNEES DE L'ORGANISTEUR DU SEJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

### OBSERVATIONS

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