

# Accueil de Loisirs Péri-scolaire de Fortschwihr

2016-2017

Le péri-scolaire est un dispositif qui inscrit son action dans la continuité du travail de tous les intervenants de l'éducation de l'enfant (famille, école, ...)

La mise en place d'une telle structure répond effectivement à un besoin de garde pas satisfait ou peu satisfait sur la commune de Fortschwihr, mais se situe surtout comme un lieu d'apprentissage avec une prise en charge éducative qui place au premier plan des objectifs tels que :

- la sensibilisation à la vie en collectivité.
- la responsabilisation de l'enfant.
- la découverte de nouvelles activités

## Le fonctionnement

- Les lundis, mardis, jeudis et vendredis de 11h45 à 14h00 et de 16h10 à 18h30
- Les mercredis de 11h45 à 18h30
- Le temps du repas : Les enfants sont pris en charge depuis les écoles de Fortschwihr et reconduits après le repas.
- Le temps du soir : Les enfants sont pris en charge depuis les écoles de Fortschwihr puis récupérés par les familles à la structure.
- Le temps des TAP les vendredis de 14h à 16h00
- Un accueil du matin tous les jours de 7h30 à 8h10

## Les tarifs

- Adhésion annuelle à la FDFC **10,00 €**  
(ouvrant droit à une assurance individuelle pour l'enfant dans le cadre des activités FDFC)

## TARIFS en vigueur au 1er Septembre 2016 susceptibles d'évoluer

	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3
Famille 1 enfant	M <2300 €	2300 € <M<3000 €	M >3000 €
Famille 2 enfants	M <2700 €	2700 € <M<3400 €	M >3400 €
Famille 3 enfants	M <3800 €	3800 € <M<4400 €	M >4400 €

M = Revenu mensuel moyen des parents déterminé sur la base du revenu imposable n-1.

Prestations	Forfait Midi 11h45-14h00	Forfait soir 16h00-18h30	Mercredi Matin 11h45-12h15	Mercredi Matin+Midi 11h45-13h30	Mercredi après midi 13h30-18h30	Mercredi journée 11h45-18h30
T1	7,53	3.54	0,71	7,32	7,08	14,40
T2	8,05	4,12	0.82	8,49	8,23	16,72
T3	8,60	4.72	0.95	9,66	9,45	19,11

Prestations	TAP vendredi après midi 14h00-16h00	Forfait Matin 7h30-8h10	Semaine de vacances
T1	2,83	1.-	85,00
T2	3,29	1.-	90,00
T3	3,78	1.-	95,00

## Renseignements et Inscriptions

Fédération des Foyers Clubs d'Alsace  
4 rue des Castors—68200 MULHOUSE

Tél : 03 89 33 28 33 Fax : 03 89 33 28 34 / [fdfc68@mouvement-rural.org](mailto:fdfc68@mouvement-rural.org)





# Fiche d'inscription



## Accueil de Loisirs Péri-scolaire de Fortschwihr « Les Mille-Pattes »

### Enfant

TARIF : .....  
(cadre réservé à l'accueil de loisirs)

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... Lieu de naissance : .....

Département ou pays : .....

Ecole : ..... Classe : .....

Frères et sœurs : ..... né(e) le .....

..... né(e) le .....

..... né(e) le .....

### *Recommandations particulières*

Avez-vous des recommandations particulières à communiquer à l'équipe d'encadrement (allergies, précautions diverses, médicaments ...)?

Fournir une ordonnance pour la prise de médicaments.

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

### Parents

Je soussigné(e) responsable légal  Père  Mère  Tuteur

PERE : Nom : ..... Prénom : .....

MERE : Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Tél. domicile : ..... e-mail : .....

Tél. portable PÈRE: ..... Tél. portable MERE: .....

Tél. prof. PERE : ..... Tél. prof. MERE : .....

Profession PERE : ..... Employeur : .....

Profession MERE : ..... Employeur : .....

Régime Général de Sécurité Sociale  N° allocataire CAF: .....

Adresse Caisse de Sécurité Sociale .....

N° de S.S. : .....

Autres Régimes : MSA  ..... CMAF

Personne à contacter en cas d'urgence (nom et téléphone) : .....

.....

# Présence de l'enfant à l'accueil de loisirs périscolaire

- Occasionnel (fournir planning au mois)
- Régulier (cocher les cases correspondantes avec P et I si semaine différente PAIRE et IMPAIRE)

*	Accueil du matin 7h30-8h10	Accueil du midi Restauration	Périscolaire soirs L, M, J, V 16h10- 18h30	TAP Vendredi Après midi De 14h00 à 16h00
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				

*	Mercredi Matin 11h45-12h15	Mercredi Matin+Midi 11h45-13h30	Mercredi Après midi 13h30-18h30	Mercredi Journée 11h45-18h30
Mercredi				

## \* TAP du 1er trimestre, de septembre à décembre 2016

*	CULTURE ANGLO SAXONNE	LE LIVRE LUDIQUE ET PLAISIR	ACTIVITES ENVIRONNEMENTALES	JEUX COOPERATIFS
Vendredi				

\* (Mettre une croix dans les cases correspondantes)

# Autorisation parentale obligatoire

Je soussigné(e)

Père  Mère  Tuteur

Nom et prénom .....

responsable légal de l'enfant.....(nom, prénom)...

- Autorise le Directeur de l'accueil de Loisirs à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins.
- Certifie par la présente que l'enfant a subi les vaccinations exigées par la loi et a été reconnu apte à la pratique des activités de plein-air.
- Autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant à l'accueil de loisirs :  
.....  
.....
- Autorise mon enfant à rentrer seul à la maison.....  OUI  NON  
à partir de : ..... (**précisez l'heure**)
- Autorise mon enfant à être filmé et photographié dans le cadre d'animations ou d'activités proposées par le Centre OUI  NON  et à utiliser ces photos dans la presse et sur le site internet de l'accueil de loisirs ou de la FDFC.

Je m'engage à payer l'intégralité ou la part des frais de séjour m'incombant ainsi que les frais médicaux et d'hospitalisation éventuels.

Fait à ....., le .....

Signature





**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**

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