

Jendredi 24 Avril



CANTAL TOUR SPORT À JUSSAC



ET BIEN D'AUTRES ACTIVITÉS :

- GESTION DU STRESS
- PRÉPA MENTALE
- ATELIER DIÉTÉTICIEN
- PADLE
- TENNIS DE TABLE
- DANSE
- JUDO
- TIR
- ETC ...



Centre de loisirs (Laroquebrou)



9h - 17h30



Déplacement en bus



Sortie Journée Tarif A

- Ne pas oublier :
- une gourde
 - un pique nique + un goûter
 - une tenue adaptée à l'activité et à la météo

Inscription avant Le Mercredi 16/04

c.bappel@chataigneraie15.fr // 07 89 31 77 05

NB : Je m'engage à respecter le règlement intérieur à la signature de ce bulletin
Les activités/sorties peuvent être modifiées en fonction de la météo et des effectifs

*fiches de renseignements & sanitaires à jour + règlement intérieur 2025 signé



Vendredi 25 Avril



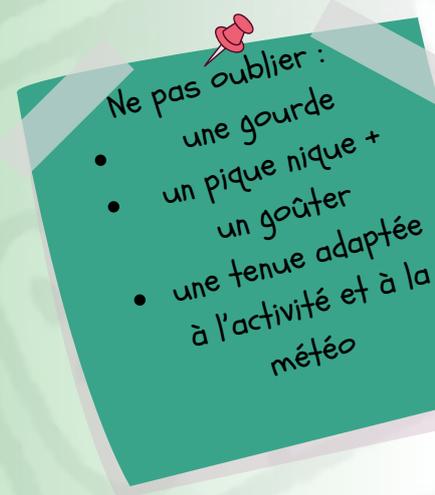
JOURNÉE PRÉSENTATION DE LA BD "LA VIE DES ADOS" + JEUX COLLECTIFS

BD ÉCRITE ET DESSINÉE PAR LES ADOS DE ST-MAMET



**PRÉSENCE DU
CONSEIL COMMUNAUTAIRE DES JEUNES**

**C'EST L'OCCASION DE FAIRE
CONNAISSANCE AVEC TES ÉLUS JEUNES
ET DE SOUMETTRE TES IDÉES
D'AMÉLIORATION DE LA VIE DES JEUNES**



Maison des services (St-Mamet)



9h - 17h30



Déplacement et retour par vos propres moyens



Sortie Gratuite

Inscription avant Le Mercredi 16/04

c.bappel@chataigneraie15.fr // 07 89 31 77 05

NB : Je m'engage à respecter le règlement intérieur à la signature de ce bulletin
Les activités/sorties peuvent être modifiées en fonction de la météo et des effectifs

*fiches de renseignements & sanitaires à jour + règlement intérieur 2025 signé



Inscription

Nom Prénom (enfant) :

Sortie(s) du :

Nom Prénom + Signature du
responsable légal

Date :

| | | |
|---|--|---|
|  Jeudi 24 Avril ados |  Vendredi 25 Avril ados |  Vendredi 25 Avril CCJ |
| Cantal Tour Sport Tarif Journée | Présentation BD Gratuit | Réunion Partenaires + Présentation BD Gratuit |

| Tranches Quotients Familiaux | Tarif % Journée | Tarif Journée | J. + Repas | ½ J + Repas | Sortie Journée Tarif A | Sortie Journée Tarif B | Séjour Tarif A | Séjour Tarif B |
|---------------------------------|--------------------|------------------|------------|-------------|------------------------------|------------------------------|-------------------|-------------------|
| QF < 428 € (1) | 3 | 5 | 8 | 7 | 7 | 8 | 17 | 23 |
| 428 à 518 (2) | 4 | 6.5 | 8.5 | 7.5 | 7.5 | 9 | 19 | 25 |
| 519 à 660 (3) | 5 | 8 | 10.5 | 8.5 | 9 | 11 | 21 | 28 |
| 661 à 868 (4) | 5.5 | 9 | 12.5 | 9.5 | 11 | 14 | 24 | 32 |
| 869 à 1045 (5) | 6 | 10 | 14.5 | 10.5 | 13 | 16 | 27 | 36 |
| 1046 à 1397 (6) | 7 | 11 | 16 | 11.5 | 14 | 18 | 30 | 40 |
| 1398 à 1833 (7) | 8 | 13 | 17 | 12 | 15 | 20 | 33 | 43 |
| 1834 à 2202 (8) | 9 | 14.50 | 18.5 | 13 | 16 | 22 | 35 | 46 |
| 2203 et + (9) | 10 | 15.50 | 19.50 | 14 | 17 | 24 | 37 | 49 |

Inscription avant le Mercredi 16/04

c.bappel@chataigneraie15.fr // 07 89 31 77 05

NB : Je m'engage à respecter le règlement intérieur à la signature de ce bulletin
Les activités/sorties peuvent être modifiées en fonction de la météo et des effectifs

*fiches de renseignements & sanitaires à jour + règlement intérieur 2025 signé





FICHE DE RENSEIGNEMENT FAMILLE ALSH

LE ROUGET PERS-LAROQUEBROU

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :
Sexe : Ecole :
Date de naissance : Classe :
Né(e) à : Taille :
Date inscription : Pointure :

Nage t-il : Brevet Nat. :

Médecin traitant :
Lieu d'hospitalisation :

Répondez ci-dessous par oui ou par non pour autoriser ou non l'accueil de loisirs:

Autorisation d'intervention médicale :
Autorisation de photo/film et communication dans la presse ou site CCC :
Autorisation de rentrer seul :
Autorisation de transport en minibus:

Type de repas : Allergie repas:

Votre enfant est-il bénéficiaire de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH)?.....
Si oui, merci de nous fournir la notification

Table with 2 columns: Personnes à prévenir en cas d'accident, Personnes habilitées à récupérer l'enfant. Includes rows for names and phone numbers.

Nom du responsable : Situation familiale :
Prénom du responsable :
Email : Adresse : Ville :
Tél. Domicile : Tél. Professionnel : Tél. Portable :
N° de secu : Centre de sécu :
Employeur : Profession :
Régime (CAF, MSA, autre) : N° : Autorisation consultation QF (oui/non):
Quotient :

PARENT 1 : Nom : Prénom :
Email : Adresse : Ville :
Tél. Domicile : Quartier : Tél. Professionnel : Tél. Portable :
Employeur : Profession :

PARENT 2 : Nom : Prénom :
Email : Adresse : Ville :
Tél. Domicile : Quartier : Tél. Professionnel : Tél. Portable :
Employeur : Profession :

Observations :

Je soussigné(e) . déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus et déclare avoir pris connaissance et accepté le règlement intérieur (horaires,modalités d'inscriptions, de paiement, d'information sur l'acquisition d'une assurance individuelle accident...) de l'accueil de loisirs du Rouget Pers - Laroquebrou.

Fait à .., le : / / ... Signature

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, OPERATIONS, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : P..RENOM :

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 LA STRUCTURE**

ROUGET LAROQUEBROU

ESPACE JEAN LABELLIE 15 290 IE ROUGET

Tél. : 06.81.53.51.34 Email : alsh.lerouget@chataigneraie15.fr

OBSERVATIONS

.....

.....

.....

.....

.....

.....