



DOSSIER D'INSCRIPTION CENTRE DE LOISIRS du mercredi ANNÉE SCOLAIRE 2025/2026

-
- L'inscription au centre de loisirs est **annuelle**
 - **26 places** sont disponibles cette année (dont 16 maximum pour les moins de 6 ans)

Votre enfant est définitivement inscrit une fois que son **dossier est complet à retourner avant le 21 juillet** et après confirmation de l'Aroéven

Les dossiers sont traités par ordre d'arrivée

Horaires de fonctionnement : 8h00-18h

Garderie de 8h00 à 8h45

Pause méridienne 12h - 13h30 - Possibilité de déjeuner au restaurant scolaire au tarif habituel.

Les pièces à fournir obligatoirement

- Le dossier d'inscription
- Attestation assurance responsabilité civile ou extrascolaire en cours au nom de l'enfant
- Fiche sanitaire + Copie des vaccins au nom et prénom de l'enfant ou attestation médicale attestant qu'ils sont à jour
- 1 chèque non remboursable correspondant aux frais d'inscription pour l'année. (Possibilité de faire plusieurs chèques, voir avec le service comptable de l'Aroéven)
- La demande de cession des droits à l'image dûment renseignée et signée
- Un justificatif de domicile
- Une attestation de quotient familial.

DOSSIER D'INSCRIPTION à transmettre :

Par mail ou par courrier - contact : Kinsy

✉ Aroéven 22 rue Beau de Rochas 63110 Beaumont

Mail : aroeven.clermont-fd@aroeven.fr

Tél : 04-73-91-27-02

(Les dossiers sont traités par ordre d'arrivée)

Facturation : Elle sera assurée à la fin de chaque période (de vacances à vacances) par l'Aroéven conformément aux tarifs arrêtés par le conseil municipal.

Mercredis à la journée				
<p>Exemple de facturation 1 - Je suis domicilié à Durtol 2 - Mon enfant a effectué 25 mercredis (journée) sur l'année 3- Mon coefficient CAF est de 980 Sur l'année le centre de loisirs m'aura coûté : 60 € de frais fixes + 365 € (25 mercredis à 14.60€) soit : 425 €</p>	Tarifs dégressifs CAF par mercredi	Frais d'inscription	Tarif Durtolois	Tarifs extérieurs
	0 à 500	50 €	11.40 €	20.80 €
	501 à 1000	60 €	14.60 €	25 €
	1001 à 1500	80 €	19.20 €	33.30 €
	> à 1500	100 €	23.90 €	41.60 €

Mercredis à la demi-journée				
<p>Exemple de facturation 1 - Je suis domicilié à Durtol 2 - Mon enfant a effectué 25 mercredis (demi-journée) sur l'année 3- Mon coefficient CAF est de 980 Sur l'année le centre de loisirs m'aura coûté : 60 € de frais fixes + 182.50 € (25 mercredis à 7.30 €) soit : 242.50 €</p>	Tarifs dégressifs CAF par mercredi	Frais d'inscription	Tarif Durtolois	Tarifs extérieurs
	0 à 500	50 €	5,70 €	10.40 €
	501 à 1000	60 €	7.30 €	12.50 €
	1001 à 1500	80 €	9.40 €	16.60 €
	> à 1500	100 €	12 €	20.80 €

Une réduction pour les fratries sera appliquée sur les frais fixes d'inscription :

- **10 % pour 2 enfants**
- **20 % pour 3**
- **30 % pour 4.**

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom du participant		Prénom du participant	
Date de naissance		Sexe	
Ecole fréquentée		Classe	

L'enfant est sous l'autorité parentale : Conjointe du représentant légal 1 du représentant légal 2

Nom du représentant légal 1		Prénom du représentant légal 1	
Adresse complète			
Code postal		Ville	
Téléphone 1		Téléphone 2	
E-Mail - obligatoire			N° allocataire CAF ou MSA

Nom du représentant légal 2		Prénom du représentant légal 2	
Adresse complète			
Code postal		Ville	
Téléphone 1		Téléphone 2	
E-Mail - obligatoire			N° allocataire CAF ou MSA

Personne de confiance autorisée à venir récupérer mon enfant en cas d'absence
(Une pièce d'identité sera demandée)

Nom - Prénom	Téléphone
--------------	-----------

Je soussigné(e) Père, Mère, Tuteur*

Autorise mon enfant à participer à l'ALSH et à pratiquer les activités proposées dans le cadre de celui-ci.

- Certifie avoir pris connaissance et me conformer au règlement intérieur du centre de loisirs (accessible sur le site internet de l'Aroéven, de la mairie ou sur simple demande)
- M'engage à payer tous les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation non remboursés par la sécurité sociale avancés par l'association, sur présentation des factures
- Certifie que les renseignements fournis sont exacts

Date et signature du représentant légal

**Merci de bien vouloir cocher les cases*

DEMANDE DE CESSION DE DROIT À L'IMAGE

Je soussigné(e) _____
Demeurant : _____
Responsable légal de : _____

Autorise l'association Aroéven Clermont Auvergne, domiciliée 22 rue Beau de Rochas 63110
BEAUMONT

- ☛ À capturer, stocker, utiliser et diffuser à titre gratuit et non exclusif des supports fixant l'image ou la voix de mon enfant mineur (mentionné ci-dessus).
- ☛ A exploiter ces supports, en partie ou en totalité, à des fins d'enseignement et de recherche, culturel ou scientifique ou d'exploitation commerciale à destination de ses bénéficiaires.
- ☛ Conformément à la réglementation générale à la protection des données personnelles, **vous disposez d'un droit d'accès et de rectification** aux données vous concernant qui seront conservées pendant un an.

Pour exercer ce droit, adressez-vous à l'Aroéven Clermont-Ferrand AURA.

Les photographies susmentionnées sont susceptibles d'être reproduites sur les supports suivants pour lesquels l'accord est demandé :

• Publication dans une revue, ouvrage ou journal	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
• Présentation au public lors d'expositions	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
• Illustration des sites Aroéven	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
• Réseaux sociaux de l'association	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
• Chaîne Youtube de l'association	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
• Album photos de l'accueil de loisirs	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Dans le cas où aucune de ces cases n'est cochée ou si ce document ne nous est pas retourné, l'Aroéven considérera que le consentement est refusé.

Fait à : _____ le : ____ / ____ / ____

Signature

PLANNING ANNUEL DES PRÉSENCES DE VOTRE ENFANT

Nom
 Prénom

Merci de bien vouloir renseigner ce planning prévisionnel en cochant la présence de votre enfant pour les différentes périodes. En cas de changement en cours d'année, merci de contacter l'Aroéven :

- Par téléphone au 04 73 91 27 02
- Par mail à aroeven.clermont-fd@aroeven.fr

Cocher la ou les cases correspondant à votre ou vos choix ---- >		Garderie à partir de 8h00	Centre de loisirs Matin 8h45 - 12h	Centre de loisirs Journée 8h45-18h	Centre de loisirs AM 13h30-18h	Repas de midi Restaurant scolaire
Première période	1	Mercredi 3 septembre				
	2	Mercredi 10 septembre				
	3	Mercredi 17 septembre				
	4	Mercredi 24 septembre				
	5	Mercredi 1 ^{er} octobre				
	6	Mercredi 8 octobre				
	7	Mercredi 15 octobre				
	8	Mercredi 5 novembre				
	9	Mercredi 12 novembre				
	10	Mercredi 19 novembre				
	11	Mercredi 26 novembre				
	12	Mercredi 3 décembre				
	13	Mercredi 10 décembre				
	14	Mercredi 17 décembre				
Deuxième période	1	Mercredi 7 janvier				
	2	Mercredi 14 janvier				
	3	Mercredi 21 janvier				
	4	Mercredi 28 janvier				
	5	Mercredi 4 février				
	6	Mercredi 25 février				
	7	Mercredi 4 mars				
	8	Mercredi 11 mars				
	9	Mercredi 18 mars				
	10	Mercredi 25 mars				
	11	Mercredi 1 ^{er} avril				
	12	Mercredi 22 avril				
	13	Mercredi 29 avril				

Cocher la ou les cases correspondant à votre ou vos choix ---- >		Garderie à partir de 8h00	Centre de loisirs Matin 8h45 - 12h	Centre de loisirs Journée 8h45-18h	Centre de loisirs AM 13h30-18h	Repas de midi Restaurant scolaire
Troisième période	1	Mercredi 6 mai				
	2	Mercredi 13 mai				
	3	Mercredi 20 mai				
	4	Mercredi 27 mai				
	5	Mercredi 3 juin				
	6	Mercredi 10 juin				
	7	Mercredi 17 juin				
	8	Mercredi 24 juin				
	9	Mercredi 1er juillet				

FICHE SANITAIRE

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles lors des temps d'accueil de votre enfant.

Nom et prénom du participant		
Date de naissance :	Age :	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M

ACCUEIL DE VOTRE ENFANT

Indiquez ici les éléments à transmettre au directeur afin d'accueillir votre enfant dans les meilleures conditions (comportement, traumatismes, troubles, etc.)

- Votre enfant a-t-il un PAI ? Si oui, merci de nous le transmettre
 Oui Non
- Votre enfant porte-t-il des lunettes ?
 Oui Non

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom :
Prénom :
Adresse postale :
.....
Tél 1 : Tél 2 :

N° de sécurité sociale où est rattaché l'enfant :

Adresse de la CPAM dont vous dépendez :

Nom de votre mutuelle :

Adresse de votre mutuelle :

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Nom et prénom du responsable légal

A

Le

Signature

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

VACCINATIONS

Mon enfant est vacciné : Vous devez Joindre les photocopies des pages du carnet de santé correspondant aux vaccins obligatoires <https://www.service-public.fr>

Mon enfant n'est pas vacciné : Vous devez obligatoirement joindre un certificat médical de contre-indication à la vaccination

Votre enfant a-t-il déjà eu des maladies infantiles (varicelle, coqueluche, rubéole, etc.) ? Si oui, préciser :

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

• Votre enfant a-t-il des allergies médicamenteuses ? Si oui, préciser :

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

• Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ? Si oui, préciser :

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

• Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates et les précautions à prendre (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations chirurgicales)

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

• Votre enfant suit-il un traitement ? Si oui, lequel et pour quelle raison ?

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