



Accueil de Loisirs « Le P'Tit Tétrás »  
Association Familles Rurales du Val de Mouthe  
3, Grande Rue – 25240 MOUTHE  
Tèl. : 03.81.69.19.87  
E-Mail : tetras.mouthe@gmail.com



# Dossier inscription Chaux Neuve 2023/2024

## Papiers à remplir et à nous rendre

- Fiche de renseignements
- Fiche de décharge
- Certificat médical pour la pratique sportive (Obligatoire pour les mercredis et vacances)
- Fiche sanitaire
- Règles de vie
- Contrat d'engagement

## Documents à fournir

- Une photo d'identité
- Photocopie du carnet de vaccination
- Photo pièce d'identité d'un parent (recto / verso)

## Petit matériel à fournir

### Pour le périscolaire à la salle polyvalente :

- Une paire de chaussons type ballerines
- Une serviette de table
- Une boîte de mouchoirs
- Un sac de rechange complet et une boîte de lingettes (Pour les moins de 4 ans)

### Pour l'accueil de loisirs au P'tit Tétrás :

- Une paire de chaussons type ballerines
- Une serviette de table
- Un sac de rechange complet (Pour les moins de 4 ans)



Accueil de Loisirs « Le P'Tit Tétràs »  
 Association Familles Rurales du Val de Mouthe  
 3, Grande Rue – 25240 MOUTHE  
 Tél. : 03.81.69.19.87



E-Mail : [tetras.mouthe@gmail.com](mailto:tetras.mouthe@gmail.com)  
 Site internet : [www.famillesrurales.org/valdemouthe/](http://www.famillesrurales.org/valdemouthe/)



## Contrat d'engagement Chaux-Neuve 2022/2023

ECOLE : ..... Numéro de téléphone (responsable légal) : .....

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT 1 : ..... Date de naissance : ..... Âge de l'enfant: ..... ans

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT 2 : ..... Date de naissance : ..... Âge de l'enfant: ..... ans

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT 3 : ..... Date de naissance : ..... Âge de l'enfant: ..... ans

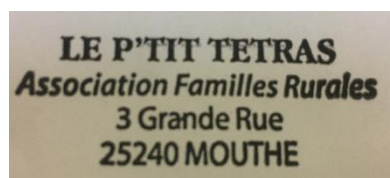
NOM ET PRENOM DE L'ENFANT 4 : ..... Date de naissance : ..... Âge de l'enfant: ..... ans

	Lundi	Mardi	Mercredi A Mouthe dès 7h	Jeudi	Vendredi
Matin 7h00-8h10					
Midi 11h20-13h20					
Soir 16h15-17h30					

Remplir le tableau ci-dessous par une simple croix (X) dans la ou les case(s) souhaitée(s).

J'ai pris connaissance des conditions d'engagements ci-jointes et m'engage à les respecter (Case à cocher).

Date et signature du responsable de l'enfant



# Conditions d'engagement

Ce contrat engage le P'tit Tétras à accueillir l'enfant les jours indiqués ci-dessus pour une année scolaire et un engagement du responsable de l'enfant à régler les créneaux réservés.

Ce contrat prendra effet uniquement si celui-ci est signé du responsable de l'enfant. En cas d'impossibilité de notre part (manque de place) nous vous soumettrons un nouveau contrat. Vous disposez d'un préavis de 1 mois pour résilier ou modifier ce contrat.

Pour les inscriptions occasionnelles, il est possible d'inscrire les enfants 14 jours avant, cependant l'association ne s'engage pas sur la disponibilité des créneaux.

## CONDITIONS D'ANNULATION

- o **MALADIE** : Prévenir **le jour J** avec la date de retour prévu et le certificat médical. **1<sup>er</sup> jour facturé**
- o **PERTE/ARRÊT DE TRAVAIL DES PARENTS** : **créneaux non facturés** à effet immédiat
- o **MAÎTRESSE/MAÎTRE ABSENT·E** : **créneaux facturés**
- o **GRÈVE** : **Créneaux facturés**. Se renseigner en mairie pour un possible accueil des enfants
- o **COVID 19** : Prévenir le jour J avec la date de retour prévu et le test positif, **1<sup>er</sup> jour facturé**
- o **FERMETURE DE CLASSE COVID** : Prévenir le jour J, **1<sup>er</sup> jour facturé**
- o **SORTIE SCOLAIRE** : Prévenir **le lundi de la semaine qui précède** la sortie (Exemple : sortie le jeudi 12 mai, prévenir le lundi 02 mai au plus tard)
- o **TOUTES AUTRES ANNULATIONS**, ne figurant pas ci-dessus doit être signalé 14 jours à l'avance. Nous insistons sur l'aspect exceptionnel de cette possibilité. Nous limitons donc cette possibilité à **3 créneaux** par mois. Dans le cas contraire, le créneau sera facturé.

## COMMUNICATION

- o Toutes demandes de rajout, modification ou annulation de créneau doit se faire exclusivement par **MAIL** ([tetras.mouthe@gmail.com](mailto:tetras.mouthe@gmail.com))
- o Toute absence doit nous être signalée.

## FACTURATION

- o Les factures sont envoyées le 06 du mois suivant. Attention à ne pas répondre à l'adresse dédiée à l'envoi des factures.
- o Nous proposons deux moyens de paiements : virement ou prélèvement via mandat SEPA effectués avant 20 du mois suivant

## FERMETURE ANNUELLE

- o Vacances de Noël. Les deux dernières semaines de Juillet et la première semaine d'août



FICHE DE RENSEIGNEMENTS FAMILLES  
DATE DE PREMIERE INSCRIPTION : 20 .. – 20 ..

**Renseignements concernant la mère**  
*Mariée - Divorcée - Concubinage - veuve*

NOM \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Numéro Tél du domicile \_\_\_\_\_

Numéro Tél du portable \_\_\_\_\_

Adresse mail \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_

Employeur \_\_\_\_\_

Numéro Tél. du travail \_\_\_\_\_

Banque :

**Renseignements concernant le père**  
*Marié - Divorcé - Concubinage - veuf*

NOM \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Numéro Tél du domicile \_\_\_\_\_

Numéro Tél du portable \_\_\_\_\_

Adresse mail \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_

Employeur \_\_\_\_\_

Numéro Tél. du travail \_\_\_\_\_

Banque :

**Renseignements concernant les allocations familiales**

Ces renseignements sont obligatoires pour faire valoir ses droits

CAF     MSA

AUTRE : .....

Numéro d'allocataire. ....

Je souhaite une facture séparée

J'autorise l'association à envoyer ma facture par mail

**Renseignements concernant l'(les) enfant(s)**

NOM	Prénoms	Date de naissance	Classe	Ecole



**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 :



Accueil de Loisirs « Le P'Tit Tétrás »  
Association Familles Rurales du Val de Mouthe  
3, Grande Rue – 25240 MOUTHE  
Tél. : 03.81.69.19.87 – 09.75.55.70.25  
E-Mail : [tétrás.mouthe@gmail.com](mailto:tétrás.mouthe@gmail.com)



## Fiche de décharge

Je soussigné(e).....autorise les responsables du Centre de Loisirs à présenter mon (mes) enfant(s) à un médecin en cas de soins à donner d'urgence et si nécessaire sous anesthésie. Nous nous engageons à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels. Si cela est possible je souhaite la consultation du Docteur.....

J'autorise mon (mes) enfant(s) à partir seul après les horaires d'ouverture du centre

Je n'autorise pas mon (mes) enfant(s) à partir seul après les horaires d'ouverture du centre

J'autorise les personnes ci-dessous à venir chercher mon (mes) enfant(s)	Je n'autorise pas les personnes ci-dessous à venir chercher mon (mes) enfant(s)

J'autorise le personnel du Centre de Loisirs à **transporter** mon (mes) enfant(s) pour les besoins des activités du centre, en voiture individuelle ou par des moyens de transport collectif.

J'autorise les responsables du Centre de Loisirs à donner du **paracétamol** à mon (mes) enfant(s).

J'autorise les responsables du Centre de Loisirs à **filmer ou photographier** mon (mes) enfant(s).

J'autorise le P'tit Tétrás à envoyer les factures par mail à l'adresse suivante.....

### *Autorisation Parentale*

Je soussigné(e).....

Autorise mon fils ou ma fille.....à participer aux activités sportives du P'Tit Tétrás.

J'autorise en outre les responsables de l'activité à prendre toutes les mesures concernant la santé de mon enfant en cas d'accident. J'atteste que celui-ci est couvert par une assurance **responsabilité civile**.

Ce certificat obligatoire est valable pour une année du 1<sup>er</sup> septembre 2023 au 31 Août 2028

Fait à .....Le.....

**Signature**



Accueil de Loisirs « Le P'Tit Tétrás »

Association Familles Rurales du Val de Mouthe  
3, Grande Rue – 25240 MOUTHE  
Tél. : 03.81.69.19.87 – 09.75.55.70.25  
E-Mail : [tetras.mouthe@gmail.com](mailto:tetras.mouthe@gmail.com)  
Site internet : [www.famillesrurales.org/valdemouthe/](http://www.famillesrurales.org/valdemouthe/)

## Règles de vie

Règles de vie = respect :  
Des autres  
De la nourriture  
De l'environnement

**Ce que nous devons respecter tous ensemble :**

- Entrer et sortir calmement
- Aller aux sanitaires et se laver les mains avant d'aller au réfectoire
- Prendre sa serviette
- Goûter aux plats, même si je n'aime pas trop
- Parler à voix basse et ne pas faire trop de bruit
- Manger proprement et ne pas gaspiller la nourriture
- Respecter le mobilier
- Etre poli et calme
- Rassembler les couverts, les verres, les assiettes à la fin des repas sur le chariot

**Si je ne respecte pas ces règles, après avoir eu un avertissement :**

**Je peux être isolé(e)**

**En cas de faute grave, de non-respect des règles de vie, mes parents sont prévenus et au 3<sup>ème</sup> avertissement, je peux être exclu(e).**

**Nom et Prénom de l'enfant : .....**

Je m'engage à respecter les règles de vie

Signature de l'enfant

Signature des parents



***Certificat Médical de  
non contre-indication à la pratique sportive***

Je soussigné(e).....

Docteur en médecine, demeurant à .....

Certifie avoir examiné.....

Né(e) le .....

Et avoir constaté, à ce jour, aucun signe apparent contre indiquant la pratique des sports suivants dans le cadre des activités du P'Tit Tétrás.

Natation	Canoë Kayak	Accrobranches	Plongée
Aviron	Canyoning	Aqua-rando	Voile
Escalade	Parapente	Roller	Equitation
Tir à l'arc	Danse	Techniques du Cirque	VTT
Randonnée	Tyrolienne	Biathlon	Spéléo

Autres (précisez).....

Certifie que la vaccination de l'enfant, ci- dessus est à jour.

Ce certificat obligatoire est valable pour une année du 1<sup>er</sup> septembre 2023 au 1<sup>er</sup> septembre 2024

Fait à .....Le.....



Pour imprimer ce RIB, utilisez la fonction « Imprimer »  
de votre navigateur.

*Fermer*

**RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE**

Ce relevé est destiné à tout organisme souhaitant connaître vos références bancaires pour domicilier des virements ou des prélèvements sur votre compte.

CA FRANCHE-COMTE 01/12/2016  
MOUTHE 20012  
Tel. 0381692655 Fax. 0381691038

**Intitulé du Compte :** ASSOC. FAMILLES RURALES VAL DE

MOUTHE  
LE PETIT TETRAS  
3 GRANDE RUE

25240 MOUTHE

**DOMICILIATION**

Code établissement	Code guichet	Numéro de compte	Clé RIB
12506	20012	55003957732	84

**IBAN** (International Bank Account Number)

FR76 1250 6200 1255 0039 5773 284

**Code BIC** (Bank Identification Code) - Code swift:  
AGRIFRPP825



## TARIFS PERISCOLAIRE 2022/2023

(au 1er Septembre 2023)

Tranche (Quotient familial CAF-MSA)		Tranche 1 (0-700)	Tranche 2 (701-1600)	Tranche 3 (1601-2500)	Tranche 4 (+2500)
Tarif horaire		1,50€/h	2,50€/h	3,25€/h	4,00€/h
<b>Mouthe</b>	<b>6h15-8h45</b> <i>(Petit dèj inclus)</i>	4,95 €	7,45 €	9,33 €	11,20 €
	<b>7h15-8h45</b> <i>(Petit dèj en supp)</i>	2,25 €	3,75 €	4,88 €	6,00 €
	<b>12h-14h</b> <i>(Repas inclus)</i>	7,80€	9,80€	11,30€	12,80 €
	<b>16h45-17h30</b> <i>(Goûter inclus)</i>	1,93 €	2,68 €	3,24 €	3,80 €
<b>Chaux-Neuve</b>	<b>7h00-8h10</b> <i>(Petit dèj inclus)</i>	2,96 €	4,13 €	5 €	5,88 €
	<b>11h20-13h20</b> <i>(Repas inclus)</i>	7,80 €	9,80 €	11,30€	12,80 €
	<b>16h15-17h30</b> <i>(Goûter inclus)</i>	2,68 €	3,93 €	4,86 €	5,80 €
<b>Chapelle-des-bois</b>	<b>12h00-13h45</b> <i>(Repas inclus)</i>	7,28 €	9,03 €	10,34 €	11,65 €
<b>3 sites</b>	<b>Petit déjeuner</b>	1,20 €			
	<b>Repas</b>	4,80 €			
	<b>Goûter</b>	0,80 €			
	<b>Dépassement horaire (Soir)</b>	5,00 €			
	<b>Adhésion association</b>	18,00 €			

# TARIFS EXTRA-SCOLAIRE MERCREDI/VACANCES

(au 1er septembre 2023)

Tranche (Quotient familial CAF-MSA)	Tranche 1 (0-700)	Tranche 2 (701-1600)	Tranche 3 (1601-2500)	Tranche 4 (+2500)
<b>Tarif horaire</b>	1,00€/h	1,50€/h	2,00€/h	2,50€/h
<b>7h-12h</b> <i>(petit dèj inclus)</i>	6,20 €	8,70 €	11,20 €	13,70 €
<b>7h-13h30</b> <i>(petit dèj et déjeuner inclus)</i>	12,35 €	15,60 €	18,85 €	22,20 €
<b>7h-17h</b> <i>(petit dèj, déjeuner et goûter inclus)</i>	16,65 €	21,65 €	26,65 €	31,65 €
<b>7h-17h30</b> <i>(petit dèj, déjeuner et goûter inclus)</i>	17,05 €	22,40 €	27,65 €	32,90 €
<b>8h30-12h</b>	3,50 €	5,25 €	7,00 €	8,75 €
<b>8h30-13h30</b> <i>(déjeuner inclus)</i>	9,65 €	12,15 €	14,65 €	17,15 €
<b>8h30-17h</b> <i>(déjeuner et goûter inclus)</i>	13,95 €	18,20 €	22,45 €	26,70 €
<b>8h30-17h30</b> <i>(déjeuner et goûter inclus)</i>	14,45 €	18,95 €	23,25 €	27,95 €
<b>12h-17h</b> <i>(déjeuner et goûter inclus)</i>	10,60 €	13,10 €	15,60 €	18,10 €
<b>12h-17h30</b> <i>(déjeuner et goûter inclus)</i>	11,10€	13,85€	16,65€	19,35 €
<b>13h30-17h</b> <i>(goûter inclus)</i>	4,30 €	6,05 €	7,80 €	9,55 €
<b>13h30-17h30</b> <i>(goûter inclus)</i>	4,80 €	6,80 €	8,80 €	10,80 €
<b>Petit déjeuner</b>	1,20 €			
<b>Repas midi</b>	4,80€			
<b>Goûter</b>	0,80 €			
<b>Dépassement horaire (soir)</b>	5,00 €			
<b>Adhésion association</b>	18,00 €			
<b>Sortie extérieure et/ou avec intervenant</b>	3,00 €			
<b>Enfant résident hors SIVOM</b>	20% supp			