



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 d'inscription Mouthe 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 si arrivé avant 7h15 :

- Kit de couchage (Duvet ou couverture, oreiller, drap housse)

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 (mercredis et vacances) :

- 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 Tétrras »
 Association Familles Rurales du Val de Mouthe
 3, Grande Rue – 25240 MOUTHE
 Tél. : 03.81.69.19.87
 E-Mail : tetras.mouthe@gmail.com
 Site internet : www.famillesrurales.org/valdemouthe/

Contrat d'engagement Mouthe 2023/2024

ECOLE : Numéro de téléphone (responsable légal) :

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

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

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

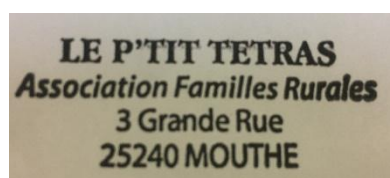
NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT 4 : Date de naissance : Âge de l'enfant: ans

| | Lundi | Mardi | Mercredi Dès 7h | Jeudi | Vendredi |
|------------------|-------|-------|--------------------|-------|----------|
| Matin 6h15-8h45 | | | | | |
| Matin 7h15-8h45 | | | | | |
| Midi 12h00-14h00 | | | | | |
| Soir 16h45-17h30 | | | | | |

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 Tétràs 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^{er} 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^{er} jour facturé**
- o **FERMETURE DE CLASSE COVID** : Prévenir le jour J, **1^{er} 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)
- 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



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^{er} septembre 2023 au 31 Août 2028

Fait àLe.....

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 : tétras.mouthe@gmail.com
Site internet : 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^{ème} 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^{er} septembre 2023 au 1^{er} septembre 2024

Fait àLe.....

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 |
| Mouthe | 6h15-8h45 <i>(Petit dèj inclus)</i> | 4,95 € | 7,45 € | 9,33 € | 11,20 € |
| | 7h15-8h45 <i>(Petit dèj en supp)</i> | 2,25 € | 3,75 € | 4,88 € | 6,00 € |
| | 12h-14h <i>(Repas inclus)</i> | 7,80€ | 9,80€ | 11,30€ | 12,80 € |
| | 16h45-17h30 <i>(Goûter inclus)</i> | 1,93 € | 2,68 € | 3,24 € | 3,80 € |
| Chaux-Neuve | 7h00-8h10 <i>(Petit dèj inclus)</i> | 2,96 € | 4,13 € | 5 € | 5,88 € |
| | 11h20-13h20 <i>(Repas inclus)</i> | 7,80 € | 9,80 € | 11,30€ | 12,80 € |
| | 16h15-17h30 <i>(Goûter inclus)</i> | 2,68 € | 3,93 € | 4,86 € | 5,80 € |
| Chapelle-des-bois | 12h00-13h45 <i>(Repas inclus)</i> | 7,28 € | 9,03 € | 10,34 € | 11,65 € |
| 3 sites | Petit déjeuner | 1,20 € | | | |
| | Repas | 4,80 € | | | |
| | Goûter | 0,80 € | | | |
| | Dépassement horaire (Soir) | 5,00 € | | | |
| | Adhésion association | 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) |
|--|-------------------|----------------------|-----------------------|-------------------|
| Tarif horaire | 1,00€/h | 1,50€/h | 2,00€/h | 2,50€/h |
| 7h-12h <i>(petit dèj inclus)</i> | 6,20 € | 8,70 € | 11,20 € | 13,70 € |
| 7h-13h30 <i>(petit dèj et déjeuner inclus)</i> | 12,35 € | 15,60 € | 18,85 € | 22,20 € |
| 7h-17h <i>(petit dèj, déjeuner et goûter inclus)</i> | 16,65 € | 21,65 € | 26,65 € | 31,65 € |
| 7h-17h30 <i>(petit dèj, déjeuner et goûter inclus)</i> | 17,05 € | 22,40 € | 27,65 € | 32,90 € |
| 8h30-12h | 3,50 € | 5,25 € | 7,00 € | 8,75 € |
| 8h30-13h30 <i>(déjeuner inclus)</i> | 9,65 € | 12,15 € | 14,65 € | 17,15 € |
| 8h30-17h <i>(déjeuner et goûter inclus)</i> | 13,95 € | 18,20 € | 22,45 € | 26,70 € |
| 8h30-17h30 <i>(déjeuner et goûter inclus)</i> | 14,45 € | 18,95 € | 23,25 € | 27,95 € |
| 12h-17h <i>(déjeuner et goûter inclus)</i> | 10,60 € | 13,10 € | 15,60 € | 18,10 € |
| 12h-17h30 <i>(déjeuner et goûter inclus)</i> | 11,10€ | 13,85€ | 16,65€ | 19,35 € |
| 13h30-17h <i>(goûter inclus)</i> | 4,30 € | 6,05 € | 7,80 € | 9,55 € |
| 13h30-17h30 <i>(goûter inclus)</i> | 4,80 € | 6,80 € | 8,80 € | 10,80 € |
| Petit déjeuner | 1,20 € | | | |
| Repas midi | 4,80€ | | | |
| Goûter | 0,80 € | | | |
| Dépassement horaire (soir) | 5,00 € | | | |
| Adhésion association | 18,00 € | | | |
| Sortie extérieure et/ou avec intervenant | 3,00 € | | | |
| Enfant résident hors SIVOM | 20% supp | | | |