



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  
E-Mail : tetras.mouthe@gmail.com



## CHAUX NEUVE 2023-2024

### Papiers à remplir et à nous rendre

- Certificat médical pour la pratique sportive (Uniquement pour les mercredis et vacances)
- Fiche sanitaire
- Contrat d'engagement

#### Documents à fournir

- Photocopie du carnet de vaccination (Mis à jour)
- Signaler tout changement (Adresse, quotient familial, etc...)

#### 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 Tétras »  
 Association Familles Rurales du Val de Mouthe  
 3, Grande Rue – 25240 MOUTHE  
 Tél. : 03.81.69.19.87  
 E-Mail : tetras.mouthe@gmail.com



## Contrat d'engagement Chaux-Neuve 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

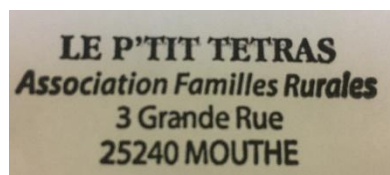
NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT 4 : ..... Date de naissance : ..... Âge de l'enfant: ..... ans

	Lundi	Mardi	Mercredi A Mouthe	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 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<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 : [tétras.mouthe@gmail.com](mailto:tétras.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.....





# MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

**CREANCIER**  
**CLSH Le P'tit Tétras**

Référence unique du mandat (RUM)

Enseigne

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le Créancier à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du Créancier. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.

Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé et contesté.
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

**CREANCIER**

FR 96 222 86 06 5 C

Modifier Créancier

Identifiant du créancier

ACTI p'tit TETRAS  
Nom du créancier

3 GRANDE RUE  
Adresse (rue, avenue, ...)

25240 MOUTHE  
Code postal, Ville

FRANCE  
Pays

Paiement récurrent / répétitif

Paiement ponctuel / unique

**DEBITEUR**

Réinitialiser Débiteur

Nom / Prénom du débiteur

Adresse (rue, avenue, ...)

Code postal, Ville

Pays

Les coordonnées de votre compte IBAN - Numéro d'identification international du compte bancaire

Code International d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Fait à

le

Signature(s) :

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - (fournies seulement à titre indicatif)

Code identifiant du débiteur

Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même)

Nom du tiers débiteur : si votre paiement concerne un accord passé entre le Créancier et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'un parent), veuillez indiquer ici son nom. Si vous payez pour votre compte, ne pas remplir.

Code identifiant du tiers débiteur

Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers.

Code identifiant du tiers créancier

Contrat concerné

Description du contrat

Numéro d'identification du contrat

À retourner à :

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

**LE P'TIT TETRAS**  
Association Familles Rurales  
3 Grande Rue  
25240 MOUTHE

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			