



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

Site Web: <https://www.famillesrurales.org/valdemouthe/>



Dossier réinscription Chapelle des Bois 2026 - 2027

Papiers à remplir et à nous rendre

- Fiche de renseignements (Si changement)
- Fiche de décharge
- Certificat médical pour la pratique sportive (Obligatoire pour les mercredis et vacances)
- Autorisation de sortie de territoire (Obligatoire pour les mercredis et vacances)
- Fiche sanitaire
- Contrat d'engagement

Documents à fournir

- Photocopie du carnet de vaccination (si mise a jours)
- Photo pièce d'identité d'un parent (recto / verso) (si changement)

Petit matériel à fournir

Pour le périscolaire (2 périodes dans l'année - fermeture de milleade) :

- Une paire de chaussons type ballerines (chausson qui tienne au pied)
- Une serviette de table (- de 6 ans)

Pour l'accueil de loisirs au P'tit Tétrás (Mercredi / Vacances) :

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



FICHE DE RENSEIGNEMENTS FAMILLES
INSCRIPTION : 2026– 2027

**Renseignements concernant
PERE**

Marié(e) - Divorcé(e) - Concubinage - veuf/veuve

NOM _____ Prénom _____

Adresse _____

Numéro Tél du domicile _____

Numéro Tél du portable _____

Adresse mail _____

Profession _____

Employeur _____

Numéro Tél. du travail _____

Banque :

**Renseignements concernant
MERE**

Marié(e) - Divorcé(e) - Concubinage - veuf/veuve

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 - Merci de joindre votre attestation

CAF MSA

AUTRE :

Numéro d'allocataire.

Je souhaite une facture séparée

Votre facture vous sera envoyer par mail à l'adresse suivante :

Methode de reglement

Prelevement Virement

Renseignements concernant l'(les) enfant(s)

NOM	Prénoms	Date de naissance	Classe	Ecole



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
 Site Web: <https://www.famillesrurales.org/valdemouthe/>



Contrat d'engagement

Chapelle-des-bois 2026/2027

ECOLE :

Numéro de téléphone (responsable légal) :

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

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

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

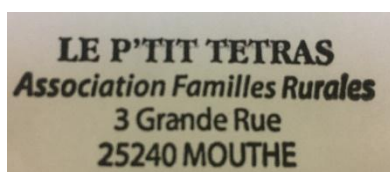
NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT 3 : Date de naissance : Âge de l'enfant: ans
 Classe :

	Lundi	Mardi	Mercredi à Mouthe dès 7H	Jeudi	Vendredi
			7h - 8h30 8h30 - 12h		
Midi 12h00-13h45			12h - 13h30		
			13h30 - 17h/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^{er} jour facturé**
- o **PERTE/ARRÊT DE TRAVAIL DES PARENTS** : **créneaux non facturés** à effet immédiat
- o **DÉCÈS OU AUTRE DRAME FAMILIAL** : **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 **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 **AUTRES ANNULATION** : Toute demande d'annulation ne figurant pas dans la liste des cas prévus (maladie, grève, sortie scolaire, etc.) peut être acceptée à titre exceptionnel.
Dans la limites de 3 créneau par mois, 2 fois par année scolaire.
Cette souplesse ne pourra être accordée que si la demande est formulée au minimum 14 jours avant la date concernée.
Toute demande au-delà de cette limite, ou transmise hors délai, entraînera la facturation du créneau.

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.
- o En cas d'urgence, vous pouvez nous contacter par téléphone au 0640943459.
- o Merci de nous prévenir en cas d'absence de vos enfants

FACTURATION

- o Les factures sont envoyées autour du 6 de chaque mois à l'adresse e-mail fournie lors de l'inscription. En cas de doute, d'erreur ou de demande de modification, vous devez nous en informer par mail **avant le 20 du mois en cours** (à l'adresse : tetras.mouthe@gmail.com). Passé ce délai, la facture sera considérée comme validée.
- o Les paiements par virement doivent également être effectués **avant le 20 du mois, afin d'éviter tout report ou cumul de solde impayé.**
- o Les attestations de quotients familiale CAF ou MSA doivent obligatoirement nous être transmises en **septembre et en février**. Sans cela votre facturation pourra être basculer automatiquement en Tranche 4

FERMETURE ANNUELLE

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



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 2026 au 31 Août 2027

Fait àLe.....

Signature

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 :

***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 202.. au 1^{er} septembre 202..

Fait àLe.....

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

CREANCIER
CLSH Le P'tit Tétrás

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 86 065 C

Modifier Créancier

Identifiant du créancier

ACT 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)

Signature(s) :

Fait à

le

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

TARIFS PERISCOLAIRE 2026/2027

(au 1er septembre 2026 - MAJ du 4 mai 2026)

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>	8,21€	10,21€	11,71 €	13,21€
	16h45-18h <i>(Goûter inclus)</i>	2,68 €	3,93€	4.86 €	5,.80€
Chaux-Neuve	7h00-8h10 <i>(Petit dèj inclus)</i>	2,96 €	4,13 €	5 €	5,88 €
	11h20-13h20 <i>(Repas inclus)</i>	8,21€	10,21 €	11,71 €	13,21 €
	16h15-17h30 <i>(Goûter inclus)</i>	2,68 €	3,93 €	4,86 €	5,80 €
Chapelle-des-bois	12h00-13h45 <i>(Repas inclus)</i>	7,83 €	9,53 €	10.90€	13.21 €
3 sites	Petit déjeuner	1,20 €			
	Repas	5.15 €			
	Goûter	0,80 €			
	Dépassement horaire (Soir)	5,00 €			
	Adhésion association	18,90€			

TARIFS EXTRA-SCOLAIRE MERCREDI/VACANCES

(au 1er septembre 2026 - MAJ du 4 mai 2025)

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>	12,91 €	16,16€	19,41 €	22,66 €
7h-17h <i>(petit dèj, déjeuner et goûter inclus)</i>	17,21 €	22,21 €	27,21 €	32,21 €
7h-17h30 <i>(petit dèj, déjeuner et goûter inclus)</i>	17,71 €	22,96 €	28.21 €	33,46€
8h30-12h	3,50 €	5,25 €	7,00 €	8,75 €
8h30-13h30 <i>(déjeuner inclus)</i>	10,21 €	12,71 €	15,21 €	17,71 €
8h30-17h <i>(déjeuner et goûter inclus)</i>	14,51 €	18,76 €	23.01 €	27,26€
8h30-17h30 <i>(déjeuner et goûter inclus)</i>	15.01 €	19,51 €	24.01 €	28,51 €
12h-17h <i>(déjeuner et goûter inclus)</i>	11.01 €	13,51 €	16.01 €	18,51€
12h-17h30 <i>(déjeuner et goûter inclus)</i>	11,51€	14,26€	17,01€	19.79 €
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	5.15 €			
Goûter	0,80 €			
Dépassement horaire (soir)	5,00 €			
Adhésion association	18,90 €			
Sortie extérieure et/ou avec intervenant	3,00 €			
Enfant résident hors SIVOM	20% supp			