



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 de réinscription MOUTHE 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 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 (- de 6 ans)
- 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)



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 envoyée par mail à l'adresse suivante :

Méthode de règlement

Prélèvement 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

Tèl. : 03.81.69.19.87

E-Mail : tetras.mouthe@gmail.com

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



Contrat d'engagement Mouthe 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 :

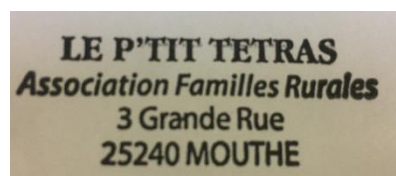
NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT 3 : Date de naissance : Âge de l'enfant: ans
Classe :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin 6h15-8h45			7h- 8h30		
Matin 7h15-8h45	<input type="radio"/> Petit déjeuner	<input type="radio"/> Petit déjeuner	8h30 - 12h	<input type="radio"/> Petit déjeuner	<input type="radio"/> Petit déjeuner
Midi 12h00-14h00			13h30 - 17h		
Soir 16h45-18h			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 2026 au 1^{er} septembre 2027

Fait àLe.....

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			