



VILLE DE VRIGNE-AUX-BOIS ACCUEIL DE LOISIRS 2026

DOSSIER D'INSCRIPTION ALSH ÉTÉ

Du mardi 07 Juillet au vendredi 07 Août 2026.

L'accueil est ouvert du lundi au vendredi de chaque semaine de 9h00 à 12h00 et de 14h00 à 17h00.

Public : de 4 ans à 14 ans et **scolarisé EN PRIORITÉ dans les écoles de la commune.**

Possibilité de repas le midi et de garderie de 8h15 à 9h00.

Renseignements : 03.24.53.95.32 - jeunesse@vrigne-aux-bois.fr

INSCRIPTIONS

(Inscription à la semaine)

Du Lundi 15 Juin au Samedi 20 Juin : De 9h00 à 12h00.

Le Lundi 15 Juin, Mardi 16 Juin et Jeudi 18 Juin : De 16h00 à 17h00

→ Pas d'inscription par mail, possibilité de demande de rendez-vous. ←

D'autres sessions d'inscriptions seront ouvertes chaque jeudi durant le centre

Au bureau du service Enfance-Jeunesse - Salle Bérégovoy

Règlement à l'inscription

**PAS DE
CARTE BANCAIRE**

LES PARENTS DOIVENT **IMPÉRATIVEMENT** SE MUNIR :

- De la fiche d'inscription **DUMENT** REMPLIE.
- De la fiche sanitaire (jointe dans ce dossier).
- DU NUMÉRO D'ALLOCATAIRE CAF.
Attention pour bénéficier du tarif « carte alsh », une attestation justifiant de votre quotient familial vous sera demandée.
- D' une attestation d'assurance.
- **En cas de séparation (ou divorce) des parents, merci de fournir les pièces administratives désignant le(s) responsable(s) légal(aux).**

MERCI DE REMPLIR ENTIÈREMENT VOTRE DOSSIER AVANT L'INSCRIPTION



CETTE STRUCTURE
BÉNÉFICIE DU SOUTIEN
FINANCIER DE LA
CAF DES ARDENNES



**Charte
de la laïcité**
de la branche Famille
avec ses partenaires



PARTICIPATION DES FAMILLES TARIFS 2026

Pour info : tarif journalier, inscription à la semaine obligatoire.

TARIFS ANNÉE 2026		Prix en € Avec repas	Prix en € Sans repas
Tarif journalier VAB	Hors régime général – Non allocataire CAF	13,00€	8,90€
	Allocataire CAF- QF supérieur à 750€	10,90€	6,80€
	Allocataire CAF -QF inférieur ou égal à 750€	6,80€*	3,80€*
Tarif journalier EXTÉRIEUR	Hors régime général – Non allocataire CAF	25,20€	21,10€
	Allocataire CAF- QF supérieur à 750€	23,15€	19,00€
	Allocataire CAF - QF inférieur ou égal à 750€	19,00€*	16,00€*

Tarif garderie :

*déduction carte ALSH déjà effectuée

Tarif Vigne-Aux-Bois : 2€ par jour

Tarif Extérieur : 3 € par jour

Vous inscrivez votre enfant

(cocher la ou les case(s) correspondante(s))

	SESSION 1			SESSION 2	
	Du 07 juillet au 10 juillet (4 jours)	Du 13 juillet au 17 juillet (4 jours)	Du 20 juillet au 24 juillet (5 jours)	Du 27 juillet au 31 juillet (5 jours)	Du 03 août au 07 août (5 jours)
AVEC REPAS					
SANS REPAS					
GARDERIE					

Vous êtes:

☐ HORS RÉGIME GÉNÉRAL

☐ ALLOCATAIRE CAF n° CAF : (à compléter pour bénéficier du tarif)

LES PLANNINGS HEBDOMADAIRES D'ACTIVITÉS SERONT DISTRIBUÉS LE



PREMIER JOUR DE CHAQUE SEMAINE



VILLE DE VRIGNE-AUX-BOIS

ACCUEIL DE LOISIRS 2026

FICHE D'INSCRIPTION

NOM DE L'ENFANT : PRÉNOM :

SEXE : M ☐ F ☐ DATE DE NAISSANCE :

ÂGE : LIEU DE NAISSANCE :

RESPONSABLE DE L'ENFANT : PÈRE - MÈRE - TUTEUR - AUTRE

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TÉLÉPHONE Domicile : Portable :

ADRESSE MAIL (Important) :

PROFESSION PARENT 1 : EMPLOYEUR :

TÉLÉPHONE :

PROFESSION PARENT 2 : EMPLOYEUR :

TÉLÉPHONE :

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

Autres personnes à contacter en cas de problème :

Téléphone :

Téléphone :

Personnes autorisées à venir rechercher l'enfant :

Un enfant de moins de 6 ans ne peut pas repartir seul du centre de loisirs.

MERCI DE BIEN VOULOIR INDIQUER LES PERSONNES AUTORISÉES À REPRENDRE L'ENFANT SUR LA FICHE D'INSCRIPTION.

Autorisez-vous votre enfant à être pris en photo ? OUI NON

Autorisez-vous votre enfant à être pris en vidéo ? OUI NON

Autorisez-vous votre enfant à repartir seul du centre ? OUI NON



DANS LE CADRE D'UN PROJET DU CENTRE DE LOISIRS, AUTORISEZ-VOUS VOTRE ENFANT À APPARAÎTRE SUR LES SUPPORTS DE COMMUNICATION DE LA COMMUNE ?

OUI

NON

DATE ET SIGNATURE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFA N°85-0233

CETTE FICHE A ETE CONQUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SEFA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I. ENFANT NOM : PRENOM : SEXE GARCON FILLE DATE DE NAISSANCE : / /

II. VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

VACCINS PRATIQUES				DATES
Précisez s'il s'agit :				
Du DT polio				/ /
Du DT coq				/ /
Du Tétracoq				/ /
D'une prise polio				/ /
RAPPELS				/ /
ANTITUBERCULEUSE (BCG)				
1 ^{er} VACCIN	DATES	ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS
		DATES	VACCINS	DATES
REVACCINATION	/ /	1 ^{er} RAPPEL	/ /	/ /

SIL'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ?

INJECTIONS DE SERUM		NATURE	DATES
			/ /
			/ /

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
non	oui	non	oui	non
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
non	oui	non	oui	non

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

..... / /

..... / /

..... / /

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUI-T-IL UN TRAITEMENT ? non oui SI OUI, LEQUEL ? SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, NOUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? non occasionnellement oui SIL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? non oui

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOMS :

ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° DE S.S. N° DE DOMICILE BUREAU TEL

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : Signature :

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR : Cachet de l'Organisme (siège social)

ARRIVEE LE DEPART LE

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone) PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

.....

.....

.....