



VILLE DE VRIGNE-AUX-BOIS
ACCUEIL DE LOISIRS 2025



DOSSIER D'INSCRIPTION JUILLET

Du mardi 08 Juillet au vendredi 25 Juillet 2025.

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)

Le Lundi, Mardi, Jeudi 16, 17 et 19 Juin de 9h00 à 12h00 et de 16h00 à 17h00.

Le Mercredi, Vendredi, Samedi 18, 20 et 21 Juin de 9h00 à 12h00.

Au bureau du service Enfance-Jeunesse - Salle Bérégovoy

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

Règlement à l'inscription



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





VILLE DE VRIGNE-AUX-BOIS

ACCUEIL DE LOISIRS 2025

FICHE D'INSCRIPTION JUILLET

NOM DE L'ENFANT : PRÉNOM :

SEXE : DATE DE NAISSANCE :

AGE : LIEU DE NAISSANCE :

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

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TÉLÉPHONE : Domicile. / / / / Portable / / / /

PROFESSION DU PÈRE : EMPLOYEUR :

TÉLÉPHONE : / / / /

PROFESSION DE LA MÈRE : EMPLOYEUR :

TÉLÉPHONE : / / / /

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE : / / / / / /

Autres personnes à contacter en cas de problème :

.....

TÉLÉPHONE : / / / /

.....

TÉLÉPHONE : / / / /

Personnes autorisées à venir rechercher l'enfant:

.....

.....



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



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

Merci de bien vouloir indiquer les personnes autorisées à reprendre l'enfant sur la fiche d'inscription.

Dans le cadre d'un projet du centre de loisirs, autorisez-vous votre enfant à apparaître sur le site internet de la ville ?

OUI

NON

Nom et Prénom de l'enfant :

NOM ET PRÉNOM DU REPRÉSENTANT LÉGAL :

DATE ET SIGNATURE

PARTICIPATION DES FAMILLES TARIFS 2025

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



TARIFS ANNÉE 2025

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€*

*déduction carte ALSH déjà effectuée

Tarif garderie :

Tarif Vrine-Aux-Bois : 2€ par jour

Tarif Extérieur : 3 € par jour



Vous inscrivez votre enfant

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



JUILLET	SEMAINE 1 Du 08 Juillet Au 11 Juillet	SEMAINE 2 Du 15 Juillet Au 18 Juillet	SEMAINE 3 Du 21 Juillet Au 25 Juillet
AVEC REPAS			
SANS REPAS			
Garderie			

Vous êtes:

☐ HORS RÉGIME GÉNÉRAL

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

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 SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I . ENFANT

NOM :		PRENOM :								
SEXE	<table><tr><td>GARCON</td><td>☐</td></tr><tr><td>FILLE</td><td>☐</td></tr></table>	GARCON	☐	FILLE	☐	DATE DE NAISSANCE :	<table><tr><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr></table>	/	/	/
GARCON	☐									
FILLE	☐									
/	/	/								

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)

Précisez s'il s'agit :		VACCINS PRATIQUES		DATES
Du DT polio Du DT coq Du Tétracoq D'une prise polio				/ /
				/ /
				/ /
				/ /
				/ /
RAPPELS				/ /
				/ /

1 ^{er} VACCIN REVACCINATION	ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES		DATES		VACCINS	DATES
	/ /	/ /	/ /	/ /		/ /
	/ /	/ /	/ /	/ /		/ /

SI L'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	☐	non	☐	non	☐	non	☐	non	☐
COQUELUCHE		OTITES		ASTHME		ROUGEOLE		OREILLONS	
non	☐	non	☐	non	☐	non	☐	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 SUIT-IL UN TRAITEMENT ?

non	☐
oui	☐

SI OUI, LEQUEL ?

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

non	☐
occasionnellement	☐
oui	☐

S'IL 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 TEL	DOMICILE	BUREAU

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 :

.....

.....

.....

.....

ARRIVEE LE / /

DEPART LE / /

Cachet de l'Organisme (siège social)

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)

.....

.....

.....