



MAIRIE DU
RAYOL-CANADEL
83820

Téléphone 04 94 15 61 00

JP/FM/ED N° **3457**
accueil.mairie@rayol-canadel.fr

Au Rayol-Canadel, le 27 mai 2025

Objet : Dossier inscription au centre aéré

Madame, Monsieur,

Veillez trouver ci-joint un dossier d'inscription au centre aéré pour l'été 2025, comprenant les modalités d'inscription suivante :

- Inscription minimum : à la **journée entière et deux jours consécutifs** par semaine
- Fiche individuelle de renseignement à retirer en mairie
- Fiche sanitaire de liaison
- Certificat médical attestant les vaccinations à jour
- Attestation d'assurance Responsabilité civile
- Attestation CAF (quotient familial)
- Copie de la carte vitale
- **Règlement à l'inscription** (privilégiant le paiement par virement)

Les inscriptions définitives vous seront confirmées dans les 15 jours après les dépôts de dossiers auprès de Mme Laurence REYNAUD.

Tout dossier incomplet ou dont le paiement n'a pas été effectué sera systématiquement rejeté.

La priorité est faite aux inscriptions des enfants domiciliés sur la commune et dont les parents travaillent. Aussi pour ces familles, veuillez déposer vos dossiers avant le 06 juin 2025.

Pour tout renseignement complémentaire, veuillez contacter Laurence au 06.33.14.00.66

Recevez, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments dévoués.

M. le Maire
Jean PLÉNAT



COMMUNE DU RAYOL -CANADEL



ACCUEIL DE LOISIRS

Nous accueillons les enfants de 3 à 12 ans.

Le matin de **8h30 à 9h30** et le soir de **16h30 à 17h30**

Modalités d'inscription :

- Inscription à la **journée entière et deux jours consécutifs** par semaine
- Dossier d'inscription à retirer en Mairie auprès de Laurence 06 33 14 00 66
- Fiche sanitaire de liaison
- Certificat médical attestant vaccination à jour.
- Attestation d'assurance Responsabilité civile
- Attestation CAF (quotient familial)
- Copie de la carte vitale
- **Règlement à l'inscription**

TARIF APPLICABLE POUR L'ANNEE 2025

(délibération n° 07.2023 du 27.01.2023)

QUOTIENT FAMILIAL CAF	TARIF/JOUR EN €	TARIF/SEMAINE EN €
1 - si QF < ou = 500 €	6.00 Euros	30.00 Euros
2 - si QF < ou = 650 €	8.00 Euros	40.00 Euros
3 - si QF < ou = 750 €	9.00 Euros	45.00 Euros
4 - si QF < ou = 1 000 €	12.00 Euros	60.00 Euros

Le repas du midi et le goûter sont compris dans ces tarifs.



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haémophilus	
Polio				Rougeole-Oreillons-	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).
Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES

MEDICAMENTEUSES ☐ oui ☐ non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : ☐ oui ☐ non
Précisez :

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :
TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :
TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :
TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE :

Qui est responsable de l'enfant ?

Père Mère Tuteur

Nom et Prénom : _____

Profession : _____

N° Allocataire CAF : _____

Adresse : _____

☐☐☐☐☐☐ Ville _____

Où téléphoner en cas d'urgence ?

✓ _____
✓ _____
✓ _____
✓ _____

Autre(s) personne(s) habilitée(s) à récupérer l'enfant au CLSH :

.....
.....
.....
.....

DECLARATION DU RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

Je soussigné(e) Mme ou M :

Père, Mère, Tuteur, autorise la
direction :

A faire soigner mon enfant et à faire pratiquer d'urgence
les soins d'urgence suivant les prescriptions du médecin du
centre et je m'engage à payer les frais médicaux et
pharmaceutiques, d'hospitalisation et d'intervention
chirurgicale éventuelle.

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités du
centre et je certifie qu'il ne présente aucune contre-indication
à la pratique de ces activités.

Signature obligatoire

Nom du médecin habituel : _____

Adresse : _____

Téléphone _____

☐☐☐☐☐☐ Ville : _____

Cocher les jours où votre enfant viendra au centre

Vacances d'été 2025 :

JUILLET *

Lundi	07	Lundi	21
Mardi	08	Mardi	22
Mercredi	09	Mercredi	23
Jeudi	10	Jeudi	24
vendredi	11	vendredi	25
Lundi	14	férié	28
Mardi	15	Mardi	29
Mercredi	16	Mercredi	30
Jeudi	17	Jeudi	31
Vendredi	18		

AOÛT *

Vendredi	1 ^{er}	Mardi	12
Lundi	04	Mercredi	13
Mardi	05	Jeudi	14
Mercredi	06	Vendredi	15
Jeudi	07		
Vendredi	08		
Lundi	11		

*Inscription 2 jours consécutifs minimum par semaine

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENT

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Date de Naissance :

Adresse :Ville :

L'enfant vient-il pour la première fois :

L'enfant a-t-il eu des maladies graves :

Si oui, lesquelles :

OUI / NON

OUI / NON

Renseignements complémentaires que vous désirez signaler à la

Direction :

DROIT A L'IMAGE / AUTORISATION PARENTALE

Dans le cadre de notre travail Pédagogique, nous sommes amenés à photographier et/ou filmer les enfants lors de nos activités manuelles. Il ne s'agit pas de photographies et/ ou films individuels mais de photos et / ou films de groupe ou bien de vues montrant des enfants en activité.

La loi nous fait obligation d'avoir l'autorisation écrite des parents pour cette utilisation. Aussi, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir remplir le talon ci-dessous. Nous attirons votre attention sur le fait que l'image est sans aucun but lucratif et sans publication de nom de famille (prénom seulement). En cas de refus de votre part, nous serions dans l'obligation soit d'écarter votre enfant lors des prises de vues, soit de masquer son visage sur les photos.

Je soussigné :

Agissant en qualité de représentant légal de l'enfant (prénom et nom) :

.....

AUTORISE les représentants du Centre de Loisirs du Rayol-Canadel sur mer :

- | | | |
|--|-----|-----|
| - A prendre mon fils / ma fille en photo | oui | non |
| - A filmer mon fils / ma fille | oui | non |

AUTORISE la diffusion de ces photos / films :

- | | | |
|--|-----|-----|
| - Sur le site internet de la mairie du Rayol-Canadel sur mer | oui | non |
| - Sur support papier ou numérique auprès des familles | oui | non |

Observations :

Ces prises de vues ne pourront être ni vendues, ni utilisés à d'autres fins que celles mentionnés ci-dessus.

Etabli pour faire valoir ce que de droit,

Le à

Signature du représentant légal :

Signature du représentant de l'ACM :



Le relevé ci-contre est destiné à être remis à vos créanciers ou débiteurs, français ou étrangers, appelés à faire inscrire des opérations à votre compte (virements, paiement des quittances etc...)

Identifiant national de compte bancaire - RIB								
Code banque		Code guichet		N° de compte		Clé RIB		Domiciliation
10071		83000		00002008094		53		
								TPTOULON
Identifiant international de compte bancaire - IBAN								
IBAN (International Bank Account Number)								
								BIC (Bank Identifier Code)
FR76		1007	1830	0000	0020	0809	453	TRPUFRP1

TITULAIRE DU COMPTE :

REGIE RECETTES POLE ENFANCE RAYOL-CANADEL-SUR-MER

A AMENER TOUS LES JOURS AU CENTRE

SAC À DOS

GOURDE

Casquette

Crème solaire

Serviette

ET MAILLOT JOUR DE PLAGE