

Contrat ALSH CROC'LOISIRS 2025/2026

Réservé à l'administration :

- vaccins
- attestation d'assurance
- justificatif CAF
-

| NOM de l'enfant | Prénom de l'enfant | Date et lieu de Naissance | École | Classe |
|-----------------|--------------------|---------------------------|-------|--------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Le présent contrat est souscrit entre :

L'Association Regart's, Représentée par Mme Aïcha BOUTALEB, Présidente,

Et

Le représentant légal:

NOM : Prénom : Adresse :

E-mail Numéro de portable : N°CAF :

QF au moment de l'inscription : Tarif ME : Tarif Vac :

Article 1- Durée du Contrat, inscriptions et tarifs

Adhésion 2025/2026 : 10€ * enfants = 10€ Payé

Mercredis à partir de _____

12h à 18h avec pedibus (prévoir le repas) 12h à 18h rdv à l'école (prévoir le repas) 13h30 à 18h rdv à l'école Jean ZAY

Paiements : Septembre le __/__/__ Octobre le __/__/__ Novembre le __/__/__ Décembre le __/__/__ Janvier le __/__/__ Février le __/__/__

Mars le __/__/__ Avril le __/__/__ Mai le __/__/__ Juin/Juillet le __/__/__

VACANCES

Automne Semaine 1 _____ € Payée Acompte : Date __/__/__ Somme : ____€

Automne Semaine 2 _____ € Payée Acompte : Date __/__/__ Somme : ____€

Fin d'année Semaine 1 _____ € Payée Acompte : Date __/__/__ Somme : ____€

Le centre est fermé du 25 au 31 décembre 2025

Hiver Semaine 1 _____ € Payée Acompte : Date __/__/__ Somme : ____€

Hiver Semaine 2 _____ € Payée Acompte : Date __/__/__ Somme : ____€

Printemps Semaine 1 _____ € Payée Acompte : Date __/__/__ Somme : ____€

Printemps Semaine 2 _____ € Payée Acompte : Date __/__/__ Somme : ____€

Juillet Semaine 1 _____ € Payée Acompte : Date __/__/__ Somme : ____€

Juillet Semaine 2 _____ € Payée Acompte : Date __/__/__ Somme : ____€

Juillet Semaine 3 _____ € Payée Acompte : Date __/__/__ Somme : ____€

Juillet/Août Semaine 4 _____ € Payée Acompte : Date __/__/__ Somme : ____€

Le centre est fermé du 3 au 31 Août 2026

Fait à Nantes, le __/__/__

Signature de la présidente

Signature du représentant légal



Droit à l'image

Le représentant légal autorise « L'Association Regart's » à réaliser pendant les activités des prises de vues sur lesquelles figure la personne inscrite. Il autorise l'organisme à utiliser librement ces photographies, sans demander de rémunération ni droits pour leur utilisation quel que soit le support (document de présentation, brochure, publications, site internet, expositions...) Ces photographies ne feront en aucun cas l'objet de diffusion ou d'utilisation commerciale et les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation des photos ne devront pas porter atteinte à l'image ou à la réputation de l'enfant.

Signature du responsable légal

Oui Non

Date

Signature

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Liberté n° 78-17 du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification auprès du Directeur du Centre de Loisirs pour toute information relative à vous ou votre enfant, ayant fait l'objet d'un traitement informatique par nos services. Les informations médicales portées sur la fiche sanitaire ne font l'objet d'aucun traitement informatique et restent strictement Confidentielles.

Pour les enfants inscrits au pédibus le mercredi (écoles Jean Zay, Lucie Aubrac, Alain Fournier et Plessis Cellier) :

AUTORISATION PARENTALE MERCREDI MIDI

Je soussigné(e) (père/mère)

Adresse.....

Tél. :

Autorise mon/mes enfants.....

de l'écoleClasse.....

a être pris en charge par les animateurs de l'Association Regart's tout au long de l'année (septembre 2023 à juillet 2024) à la sortie de l'école le midi, entre 12h et 12h30 (l'enfant est inscrit automatiquement à l'accueil proposé par l'école de 12h à 12h30).

Fait à Nantes le :.....

Signature :

FICHE SANITAIRE 2025/2026

Nom _____ Prénom _____ Né le : ___ / ___ / ___ à (ville) _____ âge : _____

VACCINS

Contre-indication médicale (certificat obligatoire). Sinon dates du dernier rappel (joindre une copie du carnet de santé) :

DTP : Date : ___ / ___ / ___ (âge : ___) *Rappels obligatoires pour tous 11 mois, 6 ans et 11-13ans auxquels s'ajoutent coqueluche, hépatite B, IIB... pour les enfants nés après 2018*

Pour les enfants nés après 2018 : ROR : Date : ___ / ___ / ___ (âge : ___) *Rappels obligatoires pour les enfants nés après 2018 à 18 mois*

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

En aucun cas les membres de l'association seront autorisés à administrer des traitements, si votre enfant est malade, merci de le garder à la maison.

Médecin Traitant : NOM _____ Téléphone : _____

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (Rubéole, Varicelle, Angine, Rhumatisme articulaire aigu, scarlatine, Coqueluche, Otite, Rougeole, Oreillons)

Non Oui, les quelles : _____

AUTRES INFORMATIONS

Mon enfant a une allergie ou fait de l'asthme . Précisez : _____

Mon enfant a une pathologie ou une condition qui nécessite une attention particulière. Précisez : _____

Mon enfant a un régime alimentaire particulier. Précisez : _____

Autres recommandations utiles (porte des lentilles, lunettes, prothèses dentaires...) : _____

En cas de posture particulière à adopter face à une maladie ou allergie de votre enfant, merci de fournir une copie du PAI

RESPONSABLES DE L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____ Téléphone : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Téléphone : _____

Personne à contacter au cas vous n'êtes pas joignable : _____ (tel : _____)

Je soussigné (e) _____, responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'association à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Liste des personnes autorisées à venir chercher les enfants

Nom : _____ Prénom : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Autorise mon enfant à partir seul de l'accueil (indiquer l'heure de départ souhaitée et les conditions) : _____

Autorise mon enfant à aller et venir seul de l'espace ados uniquement (se référer au règlement intérieur)

DATE ___ / ___ / ___ Signature : _____