



Renouvellement des modalités d'inscription 2025

Madame, monsieur,

Les conditions d'accès aux enfants déjà inscrits nécessitent la mise à jour des modalités d'inscriptions. Il convient donc d'actualiser via le portail famille <https://espacefamille.aiga.fr> ou aux secrétariats des ALSH les pièces requises :

- Le justificatif du quotient familial 2025 ou la fiche de calcul (avis d'imposition N-2 fourni ou QF CAF)
- Copie du vaccin (si nouvelle vaccination effectuée)
- Attestation assurance 2025
- Certificat médical

Il est demandé aux familles de mettre à jour régulièrement les modifications des numéros de téléphone, des personnes habilités à venir chercher l'enfant, les autorisations et les informations sanitaires complémentaires. L'organisation est modifiable par de nouveaux protocoles à tout moment, selon l'évolution du Covid 19.

Lieux et horaires des permanences administratives :

- De janvier à juin et de septembre à décembre

Le mardi et le jeudi de 9h30 à 11h30 à l'ALSH 3/6, 6 rue du Maréchal de Lattre de Tassigny.

Le mardi et le jeudi de 9h30 à 11h30 et de 13h30 à 15h00 à l'ALSH 6/12, 28 rue Victor Hugo.

- Pendant les petites vacances scolaires zone A

Du lundi au vendredi de 7h45 à 8h45 et de 17h00 à 17h30 à ALSH 3/6, 6 rue du M. de L. de Tassigny. Du lundi au vendredi de 7h45 à 8h45 et de 17h00 à 17h30 à ALSH 6/12, 28 rue Victor Hugo.

- Grandes vacances zone A

Du lundi au vendredi de 7h45 à 8h45 et de 17h00 à 17h30 à ALSH 3/6, 6 rue du M de L. de Tassigny

Du lundi au vendredi de 7h45 à 8h45 et de 17h00 à 17h30 à l'ALSH 6/12 à l'école primaire, entrée côté collège.

Il est impératif de réserver (tél, sms, mail ou via le portail famille) et de procéder au paiement avant la journée d'animation.

Vous souhaitant bonne réception de la présente.

Je vous prie de croire, madame, monsieur, à l'assurance de mes salutations les meilleures.

Pour le Président

Vice-Président délégué du CCAS



Claude MARTIN



Clapotis, A.L.S.H 3/6, 6 rue Maréchal de Lattre de Tassigny 33780 Soulac sur mer
Tél : 05-56-41-31-47 Portable : 06-37-73-80-38 Mail : n.bissirix@mairie-soulac.fr
Phare Felu, A.L.S.H 6/12, 28 rue Victor Hugo 33780 Soulac sur mer
Tél : 05-56-09-90-50 Portable : 06-88-01-13-10 Mail : s.bouilleau@mairie-soulac.fr

AUTORISATION PARENTALE ET DECHARGE DE RESPONSABILITE (uniquement pour les mineurs)

ALSH **3/6 ans les Clapotis** et **6/12 ans Phare Felu** : année 2025

AFFAIRES SCOLAIRES (cantine/garderie) année 2024 /2025

***informations obligatoires**

INFORMATIONS CONCERNANT L'ENFANT MINEUR*	
NOM :	Prénom(s) :
Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Date et lieu de naissance :	Le / / à
Classe :	et établissement fréquenté :
Adresse postale :	
Code postal :	Commune :
Nom et Prénom (père) :	
n° professionnel :	n°portable perso :
Nom et Prénom (mère) :	
n° professionnel :	n°portable perso :
Nom et Prénom (autre responsable légal) :	
n° professionnel :	n°portable perso :

SANTÉ DE L'ENFANT *
VACCINATIONS
<i>(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de votre enfant)</i>
Date du dernier rappel du (DTP) Diphétérie Tétanos Poliomyélite :
Joindre les pages du carnet de santé des vaccins à l'ALSH et aux affaires scolaires. Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.
MEDECIN traitant
Docteur
Adresse :
N° téléphone :
N° sécurité sociale couvrant l'enfant :
Joindre la copie de la carte de couverture sociale du parent qui couvre l'enfant (uniquement pour l'ALSH)
Renseignements médicaux
Traitement médical <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
L'enfant a-t-il un PAI en cours <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si OUI : aucun médicament ne pourra être administré sans PAI ou ordonnance Fournir obligatoirement le PAI à l'ALSH et aux affaires scolaires.
ALLERGIES (PAI) et INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES
Asthme <input type="checkbox"/> Prothèse dentaire <input type="checkbox"/> Prothèse auditive <input type="checkbox"/> Prothèse optique <input type="checkbox"/>
Alimentaires, préciser <input type="checkbox"/> _____
Médicamenteuses, préciser <input type="checkbox"/> _____
Mon enfant s'est-il nager <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

PERSONNES habilités à venir chercher l'enfant et/ou à appeler en cas d'urgence*			
Nom:	Prénom:	autorisé à récupérer mon enfant	<input type="checkbox"/>
N° tél.	Lien de parenté :	à appeler en cas d'urgence	<input type="checkbox"/>
Nom:	Prénom:	autorisé à récupérer mon enfant	<input type="checkbox"/>
N° tél.	Lien de parenté :	à appeler en cas d'urgence	<input type="checkbox"/>
Nom:	Prénom:	autorisé à récupérer mon enfant	<input type="checkbox"/>
N° tél.	Lien de parenté :	à appeler en cas d'urgence	<input type="checkbox"/>
Nom:	Prénom:	autorisé à récupérer mon enfant	<input type="checkbox"/>
N° tél.	Lien de parenté :	à appeler en cas d'urgence	<input type="checkbox"/>
J'autorise mon enfant à rentrer seul après l'école, ALSH.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUTORISATIONS*

J'autorise les services de la Mairie à prendre en photos mon enfant pour la diffusion sur divers supports (presse, photos de groupe) en cas de refus ne pas cocher la case.

J'autorise la directrice à consulter mon QF CAF sur le CDAP .

J'autorise les ALSH à véhiculer mon enfant pour les sorties et/ou activités.

J'autorise les encadrants responsables de mon enfant à l'ALSH, ou aux affaires scolaires

à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale, appel des secours...) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant pouvant intervenir en cours d'année.

J'autorise mon enfant à participer aux activités aquatiques (uniquement pour l'ALSH).

Je prends note que mon enfant reste sous mon entière responsabilité jusqu'à l'accueil fait par les animateurs et/ou le personnel communal des services concernés.

J'atteste avoir le plein exercice de l'autorité parentale à l'égard de cet enfant.

Je soussigné(e) Nom et Prénom

responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur ce document pour les services de la mairie de Soulac-sur-Mer et m'engage à informer les services pour toutes modifications importantes concernant cette inscription pour la période en cours *

Date*

Signature du responsable légal* :

POUR L'ANNEE 2025
FICHE PERMETTANT DE CALCULER VOTRE QUOTIENT
FAMILIAL SUR LA BASE DE L'ANNEE 2023

Noms et prénoms des parents :

Adresse :

Numéro allocataire :

Nom et Prénom de (ou des) l'enfant(s) :

Revenu annuel imposable du foyer de l'année 2023 :

- avant abattement fiscal ou déduction de frais réels
- tout traitement, salaire
- pension de retraite, préretraite ou rente imposable
- pension alimentaire
- revenu foncier et autres
- déduction faite d'éventuelle pension alimentaire versée

Prestations familiales (du mois de calcul) :

- l'Allocation de Soutien Familial (ASF)
- l'Allocation de base
- le complément de libre choix d'activité
- le complément de libre choix de mode de garde
- l'Allocation Pour jeune Enfant (APJE)
- l'Allocation d'Adoption (AD)
- l'Allocation d'Education Spéciale (AES)
- l'Allocation Familiale (AF)
- l'Allocation Parentale d'Education (APE)
- le complément familial
- les Allocations d'Aides au Logement (APL, ALF, ALS...)

Nombre de parts de l'année 2023 :

- 2 parts (parents ou allocataires isolés)
- ½ part pour chaque enfant à charge
- ½ part supplémentaire pour le 3ème enfant uniquement
- ½ part supplémentaire pour un enfant bénéficiaire AES

FORMULE VOUS PERMETTANT DE CALCULER VOUS MÊME VOTRE QF ET A PORTER DANS LE CADRE CI DESSOUS

$$\text{QF} = \frac{(1/12^{\text{ème}} \text{ revenu annuel imposable du foyer année 2023}) + \text{Prestations familiales du mois}}{\text{Nombre de parts 2023}}$$

QF :

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur cette déclaration sont exacts. Je m'engage à signaler immédiatement à la Directrice de l'Accueil de loisirs tout changement intervenant dans ma situation. Il est obligatoire de fournir l'avis d'imposition (N-2) ou l'attestation du quotient familial CAF/MSA. Le tarif le plus élevé sera appliqué sans fourniture d'une des pièces justificatives.

J'autorise la directrice à consulter mon compte allocataire CAF par le biais de CDAP

Oui

Non

Le.....
Signature obligatoire :



Tarifs applicables Accueil de Loisirs 3-6 ans et 6-12 ans au 1/01/2025.
Les tarifs sont fixés comme suit, en fonction du quotient familial :

- Tranche 1 : QF de 0 € à 549 €
- Tranche 2 : QF de 550 € à 849 €
- Tranche 3 : QF de 850 € à 1049 €
- Tranche 4 : QF de 1050 à 1500 €
- Tranche 5 : QF > 1500 €

Tarifs pour les mercredis

	Tarifs SOULAC	Tarifs Communes extérieures
Journée avec repas :		
tranche 1	5,15 €	6,66 €
tranche 2	7,34 €	9,48 €
tranche 3	9,52 €	12,33 €
tranche 4	11,70 €	15,10 €
tranche 5	13,80 €	17,37 €
Matin avec repas et après-midi avec repas :		
tranche 1	3,53 €	4,53 €
tranche 2	5,72 €	7,38 €
tranche 3	7,90 €	10,77 €
tranche 4	10,10 €	13,05 €
tranche 5	12,18 €	15,35 €

Fait et délibéré, les jours, mois et an ci-dessus
Soulac-sur-Mer, le 19/12/2024.



Pour le Président
Le Vice-Président

Claude MARTIN



Tarifs applicables Accueil de Loisirs 3-6 ans et 6-12 ans au 1/01/2025.

Les tarifs sont fixés comme suit, en fonction du quotient familial :

- Tranche 1 : QF de 0 € à 549 €
- Tranche 2 : QF de 550 € à 849 €
- Tranche 3 : QF de 850 € à 1049 €
- Tranche 4 : QF de 1050 à 1500 €
- Tranche 5 : QF > 1500 €

Tarifs pour les petites et grandes vacances

	Tarifs SOULAC	Tarifs Communes extérieures
Journée avec repas :		
tranche 1	5,15 €	6,66 €
tranche 2	7,34 €	9,48 €
tranche 3	9,52 €	12,33 €
tranche 4	11,70 €	15,10 €
tranche 5	13,80 €	17,37 €

Fait et délibéré, les jours, mois et an ci-dessus
Soulac-sur-Mer, le 19/12/2024.



Pour le Président
Le Vice-Président

Claude MARTIN

Certificat Médical

Je soussigné(e) Docteur

certifie que l'enfant

est apte à la vie en collectivité.

Ne présente aucune contre-indication à la pratique des activités suivantes :

- sport nautique (surf / bodyboard 6/12)
- sport de glisse urbain (rollers / patins à roulettes)
- les sports collectifs et individuels (ballons, raquettes, opposition et adresses)
- baignade piscine et à l'océan en zone de bain aménagée
- cyclisme

Nombre de cases cochées

<u>Cachet du médecin</u>

A.....le

Signature du Médecin