

DOSSIER D'INSCRIPTION

Année 2020



Je soussigné(e) (nom et prénom du responsable légal de l'enfant) :

Demeurant à (indiquez le N° de votre habitation) :

Adresse durant le séjour à l'ALSH (si différente de celle du représentant légal) :

Téléphone domicile : Portable : Téléphone lieu de travail :

Adresse mail :@.....

| nom et prénom de(s) l'enfant(s) | date de naissance | âge |
|---------------------------------|-------------------|-----|
| | | |
| | | |
| | | |

Je joins :

- l'attestation d'aptitude à la natation
- la fiche de renseignement
- la fiche sanitaire de liaison (feuille CERFA)
- la copie de votre (vos) feuille(s) d'imposition

TARIFS :

| Les tranches de revenus fiscaux de référence | | Désignation | Journée | 1/2 journée | Forfait semaine | Cochez votre tranche |
|--|-------------|-------------|---------|-------------|-----------------|----------------------|
| 0,00 € | 6 000,00 € | A | 5,00 € | 2.50 € | 22.50 € | |
| 6 001,00 € | 12 000,00 € | B | 6,00 € | 3.00 € | 27.00 € | |
| 12 001,00 € | 18 000,00 € | C | 7,00 € | 3.50 € | 31.50 € | |
| 18 001,00 € | 24 000,00 € | D | 8,00 € | 4.00 € | 36.00 € | |
| 24 001,00 € | 30 000,00 € | E | 9,00 € | 4.50 € | 40.50 € | |
| 30 001,00 € | 36 000,00 € | F | 10,00 € | 5.00 € | 45.00 € | |
| 36 001,00 € | 48 000,00 € | G | 11,00 € | 5.50 € | 49.50 € | |
| 48 001,00 € | 60 000,00 € | H | 12,00 € | 6.00 € | 54.00 € | |
| 60 001,00 € | 66 000,00 € | I | 13,00 € | 6.50 € | 58.50 € | |
| 66 001,00 € | 72 000,00 € | J | 14,00 € | 7.00 € | 63.00 € | |
| 72 001,00 € | & + | K | 15,00 € | 7.50 € | 67.50 € | |
| Hors CCKB | | L | 16,00 € | 8.00 € | 72.00 € | |

Le forfait semaine est applicable durant les périodes de vacances, il correspond à une réduction de 10% du prix-journée au bénéfice des familles inscrivant leur(s) enfant(s) sur la semaine calendaire complète. Si la semaine comprend un jour férié, le coût du forfait est minoré en proportion.

Les tarifs 1/2 journée sont majorés de 2.50 € si l'enfant prend le déjeuner.

L'accueil péri-centre est payant, en supplément des tarifs indiqués ci-dessus, à hauteur de 0,25 € la 1/2 heure comptabilisée, chaque 1/2 heure entamée étant facturée.

Les mini-camps organisés en période estivale donnent lieu à une facturation supplémentaire de 4 € par « nuitée ».

Je déclare accepter que mon enfant participe à toutes les activités de l'ALSH.

J'autorise la CCKB à utiliser, à titre gratuit, les photographies prises dans le cadre des activités du centre à des fins de communication.

J'autorise la direction du centre à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'hospitalisation de mon enfant.

Les inscriptions ne pourront être acceptées que dans la limite des places disponibles. **Pour les vacances scolaires, un délai de rétractation de 10 jours à compter de la date d'inscription est autorisé uniquement sur demande écrite. Au-delà de ce délai et sans confirmation écrite, les journées commandées au centre de loisirs seront facturées.**

J'ai lu et je m'engage à respecter le règlement intérieur.

La CCKB accepte les Bons Vacances de la MSA, les chèques vacances et les CESU. **Tout règlement doit être adressé au Centre de Loisirs.** Un devoir de réserve est assuré par la direction du centre concernant l'ensemble des documents et renseignements communiqués.

A....., le

Signature d'un parent (ou représentant légal)

Siège social : CCKB - Cité administrative – 6, rue Joseph Pennec - 22110 ROSTRENEN

Adresse : Centre d'Accueil et de Loisirs – Route de Rostrenen – 22480 SAINT-NICOLAS DU PELEM

Mail : cckb.alsh.snp@orange.fr

Téléphone : 02 96 57 84 04 ou 06 42 53 69 92

CERTIFICAT D'APTITUDE A LA NATATION

(NB : obligatoire uniquement si activité nautique prévue - ex : canoë, kayak, aviron, etc..)

(NB : les activités nautiques sont organisées pour les enfants ayant 8 ans minimum.)

Je soussigné(e), agissant en qualité de maître-nageur, atteste avoir vérifié l'aptitude à la natation de l' (des) enfant(s) :

-

-

-

-

Fait à , le

Signature du maître-nageur et cachet de la piscine

FICHE DE RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

Situation familiale :

Vous vivez en couple en étant : mariés pacsés sans être mariés ni pacsés en famille recomposée

Vous vivez seul(e) en étant : célibataire séparé(e) de fait divorcé(e)

Nom et prénom du père (ou représentant légal)

Adresse :

Numéro de Sécurité Sociale ou MSA :

Nom et prénom de la mère

Adresse :

Numéro de Sécurité Sociale ou MSA :

Régime social :

CAF MSA - adresse :

Votre numéro d'allocataire :

Assurance mutuelle :

Nom & adresse :

.....

N° contrat :