



Centre itinérant de pratiques artistiques jeunes. <http://artscenesetcie.fr>  
18, place de l'église (entrée rue de la cité, 1er étage) 46400 Saint-Céré  
Tel. 05.81.48.01.62 – mail : artscenes46@yahoo.fr

**Bulletin d'inscription**  
**Séjours et activités de l'été 2017**

**Partie à remettre au bureau d'Arts Scènes et Compagnie (Saint-Céré) avant la date du séjour**

**Nom du séjour choisi : .....**  
**Aux dates du ..... au .....**

Je soussigné(e) Mme, M.....

Adresse : .....

Code Postale : ..... Commune.....

Mail : .....@.....

Téléphone : ..... Mobile .....

Souhaite inscrire mon (mes) enfant(s)

Fille/Fils.....Né(e) le.....

Fille/Fils.....Né(e) le.....

Joindre justificatif du Quotient familial et attestation d'assurance extrascolaire.

L'adhésion familiale annuelle de 17 € est nécessaire (adhésion de date à date).

Droit à l'image

Droit au transport

Mon enfant a fréquenté l'ALSH d'Arts Scènes et Compagnie dans l'année scolaire.

Oui  Non

J'atteste avoir lu et accepté le règlement intérieur du séjour (le règlement est accessible sur le site web et présent sous forme papier sur les lieux).

J'atteste avoir complété et signé la fiche sanitaire de liaison obligatoire.

Date et Signature des parents :

## Infos pratiques

### Le quotient familial:

Il permet de déterminer le tarif des séjours à Arts Scènes et Cie via ce tableau :

QF < 430	Tarif A
430 < QF < 850	Tarif B
850 < QF < 1600	Tarif C
1600 < QF	Tarif D

Le QF est fournie par la Caf ou la MSA dans l'année courante, c'est un document demandé avec l'inscription pour justifier le tarif. Dans le cas précis où vous êtes inscrits à la Caf du Lot, le numéro d'allocataire est suffisant pour justifier votre QF. Si vous ne parvenez pas à obtenir ce document, il est possible de calculer manuellement le QF avec votre dernière déclaration de vos revenus ( que nous demandons en copie dans ce cas).

Le calcul est : 
$$\frac{\text{Revenus annuels}}{\text{Nbr de parts} \times 12}$$

### Le paiement:

Le paiement s'effectue par courrier ou au bureau avant chaque séjour, il est possible de payer en espèces, en chèque(s) et/ou en chèques vacances. Pour un paiement étalonné il suffit d'indiquer au dos de chaque chèque la date à laquelle vous souhaitez être débité.

### La préparation :

Une semaine avant le premier jour du séjour, au plus tard, vous recevrez un descriptif des activités ainsi qu'une fiche trousseau en fonction du séjour. L'accueil se fait le premier jour à la Ferme des Cerisiers ( sauf contre-indication ) à Saint-Vincent du Pendit entre 8h30 et 9h30. Pour le bon déroulement du séjour il est préférable d'apporter les documents d'inscription et paiements au bureau d'Arts Scènes et Cie ( 18 Place de l'église, 46400 Saint-Céré )

Cadre réservé à l'administration			
Fiche sanitaire:			<input type="checkbox"/>
Attestation QF :			<input type="checkbox"/>
Paiement :	Échelonné <input type="checkbox"/>	En espèces <input type="checkbox"/>	En chèque(s) <input type="checkbox"/>
Chèques vacances :	Avec le dossier <input type="checkbox"/>	A venir <input type="checkbox"/>	Pas d'aides <input type="checkbox"/>
Attestation d'assurance extrascolaire :			<input type="checkbox"/>
Adhésion :	Déjà adhérent <input type="checkbox"/>	Nouvelle adhésion <input type="checkbox"/>	
		n°	
Dates des paiements échelonnés:			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....  
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

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

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

**OBSERVATIONS**

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