

Nombre  
de places  
limité!

## L'inscription

Si une inscription est déjà en cours pour l'année scolaire 2023-2024, seule la page avec les journées cochées est nécessaire.

### Documents obligatoires pour les nouvelles inscriptions :

La feuille d'inscription ALSH / La feuille avec vos choix de journées / Photocopies du carnet de santé de l'enfant (pages des vaccins) / Photocopie de l'attestation d'assurance de l'enfant / Un justificatif de domicile.

**Documents supplémentaires pour calculer votre tarif:** (le tarif le plus élevé sera appliqué dans le cas où vous ne fournissez pas ces derniers)

Dernier avis d'imposition 2023 sur les revenus 2022 / Relevé mensuel des prestations CAF/MSA (ou de non paiement) de moins de deux mois

**Le règlement des vacances doit être effectué à réception de la facture (ce dernier n'est pas remboursable)**

Les inscriptions sont ouvertes du 1er avril au 19 avril 2024. Étant donné le nombre limité de places disponibles, nous vous conseillons vivement de soumettre votre demande d'inscription dès que possible. Vous pouvez le faire en envoyant un courriel à l'adresse suivante : [alsh@lacasinca.fr](mailto:alsh@lacasinca.fr), en scannant les documents requis (les photographies ne sont pas acceptées), ou en les déposant directement au bureau de l'ALSH, situé dans le groupe scolaire U bel Fiuritu.

Les demandes d'inscription soumises pendant la première semaine seront traitées en collaboration avec les différentes communes partenaires, à savoir Vescovato, Venzolasca, Sorbo-Ocagnano et Monte, qui examineront et valideront les demandes. À partir de la deuxième semaine, les places seront attribuées en fonction des disponibilités restantes.

### Les critères d'attribution des places :

- Les familles qui résident sur les communes partenaires,
- Les familles dont les parents travaillent,
- le nombre de journées réservées,
- le nombre d'absences durant les autres périodes de vacances,
- l'ordre d'arrivée des dossiers.

ALSH DE VESCOVATO - INSCRIPTION POUR LES VACANCES DE PRINTEMPS  
Ouverture des inscriptions du 01 Avril au 19 avril  
Pour les 3-12ans

# BLEUETS ET BASKETS AU CENTRE DE LOISIRS



dans la limite des places disponibles



INSCRIPTION ET INFORMATIONS  
Association Familiale LA CASINCA  
Groupe scolaire U Bel Fiuritu  
TEL. 04.93.31.06.32 Mail. [alsh@lacasinca.fr](mailto:alsh@lacasinca.fr)



ALLOCATIONS  
FAMILIALES

Caf  
de Haute-Corse



## INSCRIPTION AUX VACANCES DE PRINTEMPS 2024 – Centre de loisirs de Vescovato

Nom et prénom de l'enfant : ..... Ecole : .....

Section année 2023/2024 :  PS  MS  GS  CP  CE1  CE2  CM1  CM2  .....

Commune de résidence:  Vescovato  Venzolasca  Sorbo-Ocagnano  Monte Autre : .....

Nom prénom du parent 1 (destinataire des courriers CAF/MSA) : .....

Numéro CAF/MSA : ..... Dernier Quotient Familial : .....

Adresse : .....

Tél : .....

Situation professionnelle :  En activité\*  Etudiant  Recherche d'emploi  Autre : .....

\*Nom de l'entreprise : ..... Tél de l'entreprise : .....

Nom prénom du parent 2 : .....

Adresse : .....

Tél : .....

Situation professionnelle :  En activité\*  Etudiant  Recherche d'emploi  Autre : .....

\*Nom de l'entreprise : ..... Tél de l'entreprise : .....

Je soussigné(e), Mme/M. : ..... certifie sur l'honneur l'exactitude des

renseignements ci-dessus :

Date et signature :

### **Demande d'inscription - Cochez les jours et formules désirés**

Semaine 1 du lundi 29 avril au 03 mai															
29-avr				30-avr				01-mai				02-mai			
matin	repas	après-midi	garderie	matin	repas	après-midi	garderie	matin	repas	après-midi	garderie	matin	repas	après-midi	garderie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FÉRIÉ				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semaine 2 du lundi 06 mai au 10 mai															
06-mai				07-mai				08-mai				09-mai			
matin	repas	après-midi	garderie	matin	repas	après-midi	garderie	matin	repas	après-midi	garderie	matin	repas	après-midi	garderie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FÉRIÉ/PONT				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### **Les formules**

- ① Matinée avec ou sans repas : Vous pouvez déposer votre enfant le matin entre 7h45 et 8h30, et le récupérer à 11h45 ou 13h30 si vous avez choisi d'inclure le repas.
  - ② Après-midi avec ou sans repas : L'arrivée est prévue à 13h30 ou 11h45 si vous avez choisi le repas, et le départ se fait à 17h00.
  - ③ Journée complète : celle-ci peut être avec ou sans repas selon votre choix.
- Pour les formules d'après-midi et de journée, vous avez la possibilité d'ajouter une garderie de 17h00 à 17h45, avec un départ échelonné de 17h30 jusqu'à 17h45.

Je soussigné(e) ..... responsable légal de l'enfant .....

autorise mon enfant à participer aux activités proposées par l'association Familiale LA CASINCA gestionnaire de l'ALSH de la commune de Vescovato, prévues pour les vacances de printemps 2024 du 29/04/2024 au 07/05/2024.

**J'autorise mon enfant à rentrer seul(e) à la fin des activités :**  Oui  Non

(seulement pour les 6/12ans. Départ à 17h00, ou 17h30 si choix d'ajout de la garderie )

**J'autorise l'ALSH à photographier mon enfant pendant les activités:**  Oui  Non

(ex : articles journaux)

**J'autorise mon enfant à être transporté :**  Oui  Non

(en cas de sorties prévues pendant les vacances)

**Un PAI est-il mis en place sur l'année scolaire 2023-2024 ?:**  Oui  Non

Fait à .....

Le :...../...../.....

Signature du représentant légal de l'enfant précédé de la mention

« Lu et approuvé »



Si votre enfant a déjà été inscrit aux services périscolaires/extrascolaires (midi, soir, mercredis et vacances) pour l'année scolaire 2023/2024 dans les écoles de la commune de Vescovato, ce formulaire n'est pas nécessaire, à moins que vous souhaitiez y apporter des modifications.

Responsible de l'enfant (destinataire des courriers CAF/MSA) : [ ] Père [ ] Mère [ ] Autres (précisez) : .....
Civilité : [ ] Madame [ ] Monsieur Nom: ..... Prénom : .....
Situation familiale : [ ] Célibataire [ ] Marié(e) [ ] Séparé(e) Divorcé(e) [ ] Vie maritale [ ] veuf(ve) [ ] pacsé(e)
Adresse : .....
Code Postale : ..... Ville : ..... Email: .....
Tél. Domicile : ..... Tél. Professionnel : ..... Tél. Portable : .....
Cat Prof. : [ ] Employé [ ] Ouvrier [ ] Artisan, commerçant, chef d'entreprise [ ] Agriculteur exploitant
[ ] Cadre, profession intellectuelle supérieure [ ] Profession intermédiaire [ ] Retraité [ ] Sans activité
Nom de l'employeur : ..... N°CAF/MSA : ..... Né(e) le : ...../...../.....

Second responsable : [ ] Père [ ] Mère [ ] Autres (précisez) : .....
Civilité : [ ] Madame [ ] Monsieur Nom: ..... Prénom : .....
Situation familiale : [ ] Célibataire [ ] Marié(e) [ ] Séparé(e) Divorcé(e) [ ] Vie maritale [ ] veuf(ve) [ ] pacsé(e)
Adresse : .....
Code Postale : ..... Ville : ..... Tél. Portable : ..... Pro : .....
Cat Prof. : [ ] Employé [ ] Ouvrier [ ] Artisan, commerçant, chef d'entreprise [ ] Agriculteur exploitant
[ ] Cadre, profession intellectuelle supérieure [ ] Profession intermédiaire [ ] Retraité [ ] Sans activité
Nom de l'employeur : ..... Né(e) le : ...../...../.....

Nom de l'enfant : ..... Prénom de l'enfant : ..... Sexe : [ ] Masculin [ ] Féminin
Né(e) le : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance de l'enfant : CP : ..... Ville : .....
[ ] Autorisation de rentrer seul(e) (uniquement pour les enfants de plus de 6 ans)
[ ] Droit à l'image (Autorisation d'utilisation et de diffusion des photographies dans le cadre d'actions de communication)
[ ] Autorisation d'être transporté (sorties organisés pendant l'accueil de loisirs)

Personnes habilitées à récupérer l'enfant (autres que les parents) :

Nom : ..... prénom : ..... Qualité : ..... N° de tel : .....
Nom : ..... prénom : ..... Qualité : ..... N° de tel : .....
Nom : ..... prénom : ..... Qualité : ..... N° de tel : .....
Nom : ..... prénom : ..... Qualité : ..... N° de tel : .....

Section année 2023/2024: [ ] PS [ ] MS [ ] GS [ ] CP [ ] CE1 [ ] CE2 [ ] CM1 [ ] CM2 [ ] Autres : .....

[ ] Autorisation d'intervention médicale Lieu d'hospitalisation souhaité : .....

Médecin traitant : ..... Type de repas : [ ] Normal [ ] Sans Porc

Vous bénéficiez d'une allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) pour votre enfant : [ ] Non [ ] Oui

Allergie alimentaire : [ ] Non [ ] Oui (Précisez) : .....

Allergie médicamenteuse : [ ] Non [ ] Oui (Précisez) : .....

Asthme : [ ] Non [ ] Oui

Autres : [ ] Non [ ] Oui (Précisez) : .....

Si réponse positive, se rapprocher de la médecine scolaire (pour les enfants de 6 ans et plus) ou de la PMI (pour les enfants de moins de 6 ans), afin d'étudier la nécessité de mettre en place un PAI (Projet d'accueil individualisé)

Un PAI est-il mis en place ? : [ ] Non [ ] Oui (fournir une copie)

Observations, remarques : .....

Je soussigné(e) ..... responsable légal de l'enfant .....
déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus pour l'année scolaire 2023-2024.

Fait à ..... le : ...../...../..... Signature du représentant légal de l'enfant précédé de la mention
« Lu et approuvé »