



## **FICHE D'INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS**

**Association du Centre de Loisirs du Barbour**

**Mini-Séjour été 2026**

### **PIECES À FOURNIR**

· *À joindre impérativement au dossier d'inscription complet :*

- Fiche d'inscription remplie et signée
  - Grille des dates d'inscription
- Fiche sanitaire de liaison + photocopie des vaccins
  - Justificatifs d'aides (CAF, Ville, CE...)
- Si règlement par un tiers (hors responsables légaux) **Nom de l'organisme.....**
  - Conditions générales lues et signées
- Paiement de l'adhésion à l'association CLB : **15 €**

**Vous recevrez une confirmation par mail de l'inscription.**

### **COORDONNÉES UTILES**

· **Secrétariat** – Laëtitia PELLETIER

sec.clb25@gmail.com · 03 81 80 61 81

· **Coordinatrice ALSH** – Laure JEANNERET

coordo.alsh.clb@gmail.com · 07 81 93 20 31

· Association du Centre de Loisirs du Barbour

**Adresse du siège** : 14 rue violet – 25000 Besançon

	Du 15 au 17 juillet	Du 22 au 24 juillet	Du 10 au 12 août	Du 24 au 26 août
Tranches d'âges	De 4 à 12 ans			De 8 à 12 ans
Activités	Équitation Piscine	Ferme Piscine	Accrobranche Ferme	Piscine Ferme Equitation
Séjour de mon choix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TARIFS				
ALSH – Mini-Séjour				
QUOTIENTS FAMILIAUX	Q1	Q2	Q3	Q4
	0 à 450	451 à 800	801 à 1300	>1300
<b>Tarifs pour 3 jours</b>	192 €	194€	196€	198€
Le règlement doit être effectué avant le premier jour des vacances : RIB : IBAN FR76 1027 8080 0300 0304 1544 522 BIC : CMCIFR2A				

Informations :
- Les familles habitant <b>BESANCON</b> et dont le quotient est inférieur à 1000€ peuvent prétendre <b>aux bons de la ville</b> (sous réserve de l'acceptation du dossier par les services de la ville de BESANCON)
- <b>L'inscription sera définitive à réception de la présente grille</b>
- <b>Paiement</b> : chèque, virements, espèces, CESU, Chèques Vacances ANCV
- Possibilité de réglé en plusieurs fois

Je reconnais avoir lu et accepté les conditions générales 2025/2026.

**Signature :**

## · CONFIRMATION & PAIEMENT

- Confirmation d'inscription envoyée par mail (vérifiez vos spams)
  - Facture mensuelle envoyée en fin de mois
- *Pas de paiement CB au bureau – uniquement via le portail famille.*

## Traitement médical et PAI

Si votre enfant suit un **traitement médical**, il est indispensable de nous fournir une **copie de l'ordonnance en cours de validité** ainsi que, le cas échéant, son **Projet d'Accueil Individualisé (PAI)** établi avec son médecin et l'établissement scolaire.

Ces documents nous permettent d'assurer un accueil adapté, en toute sécurité. Ils seront **conservés de manière confidentielle et sécurisée** par notre équipe, conformément à la réglementation en vigueur sur la protection des données médicales.



## Fiche d'Inscription – Informations sur l'Enfant

### INFORMATIONS SUR L'ENFANT

Nom ..... Prénom ..... Sexe.....

Date de Naissance..... Age.....ans.

Nationalité.....

Établissement scolaire fréquenté : ..... Classe : .....

Contact de l'éducateur référent, Nom, Prénom.....

Tel.....

### SITUATION / SANTÉ

- L'enfant bénéficie-t-il d'une notification CDAPH ?

Oui     Non

(CDAPH : Commission des Droits de l'Autonomie des Personnes Handicapées)

- L'enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ?

Oui     Non

Si oui, précisez :

.....  
.....

- La vie en collectivité de votre enfant nécessite-t-elle une prise de contact avec le CLB ?

- (PAI, traitement médical, conseil, prise en charge, etc.)

Oui     Non

Pour toute nouvelle inscription, un échange avec la famille est nécessaire.



## RESPONSABLES LÉGAUX

### ● *Responsable légal 1*

Père  Mère  Tuteur

Nom, Prénom :

.....

Adresse :

.....  
.....

Code postal : ..... Ville : ..... Quartier :

.....

Adresse mail :

.....@.....

Utiliser cette adresse mail pour la facturation ?  Oui  Non

Tél Domicile : .../.../.../.../... Tél Portable : .../.../.../.../... Travail : .../.../.../.../...

### ● *Responsable légal 2*

Père  Mère  Tuteur

Nom, Prénom :

.....

Adresse (si différente) :

.....

Code postal : ..... Ville : ..... Quartier : .....

Adresse mail :

.....@.....

Utiliser cette adresse mail pour la facturation ?  Oui  Non

Tél Domicile : .../.../.../.../... Tél Portable: .../.../.../.../... Travail: .../.../.../.../...



## AUTORISATIONS DIVERSES ET PERSONNES À CONTACTER

- *Accès à votre quotient CAF*

J'autorise le CLB à consulter, par le biais du service MONENFANT.FR, mon quotient familial afin d'appliquer le juste tarif.

Si non, il vous revient de nous fournir une attestation, sans quoi le tarif le plus élevé sera appliqué.

Oui  Non

Caisse CAF : ..... N° Allocataire CAF :  
.....

- *Autorisations parentales*

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, autorise le Centre de Loisirs du Barboux à :

Transporter mon enfant avec un véhicule ou les transports en commun dans le cadre des activités.

Autoriser les animateurs/trices à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'urgence (consultation, hospitalisation...).

Permettre à mon enfant de participer aux sorties organisées dans le cadre de l'accueil.

Administrer les soins de premiers secours si nécessaire.

Utiliser de la crème solaire sur mon enfant (fournie ou non par la famille).

- *Droit à l'image*

OUI  NON - J'autorise la prise de photos/vidéos de mon enfant dans le cadre des activités et leur utilisation à des fins de communication de l'association (site internet, affiches, rapports d'activités...).

- *Personnes autorisées à récupérer l'enfant (autres que responsables légaux)*

1. Nom, prénom, lien parental.....
2. Nom, prénom, lien parental.....
3. Nom, prénom, lien parental.....



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

ALLERGIES : ALIMENTAIRES  oui  non  
 MEDICAMENTEUSES  oui  non  
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) :  oui  non  
 Précisez : .....

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser  oui  non  
 .....

### 3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...  
 .....

### 1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

### 2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ?  Oui  Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).  
 Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

### 4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....  
 ADRESSE : .....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL.....  
 TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : NOM : ..... PRÉNOM : .....  
 ADRESSE : .....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL.....  
 TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :



# CONDITIONS GENERALES

## **Conditions générales : 1. CONDITIONS FINANCIÈRES**

- Les paiements par virement, chèques, ANCV, CESU, espèces, mandats sont acceptés (libellé à l'ordre de : CLB).
- Toutes activités seront facturées à la fin du mois et à régler dans les 15 jours maximum.
- Joindre tout justificatif d'aides vacances dès l'inscription (CAF, Caisses des écoles, Participation C.E....).
- Si paiement échelonné (4 fois maximum), les chèques seront fournis au CLB qui encaissera le 1er chèque à réception puis les mois suivants.
- Les responsables de l'enfant s'engagent à rembourser le CLB en cas de dégradations volontaires de la part de leur enfant.

## **2. MODIFICATION ET ANNULATION DES ACTIVITES**

**IMPORTANT : l'adhésion n'est jamais remboursable (15 €)**

**Par le CLB :** Si les activités auxquelles votre enfant est inscrit ne peuvent avoir lieu pour quelque raison que ce soit, le CLB proposera dans la mesure du possible une solution de remplacement. Le CLB ne pourra en être tenu responsable.

**Par le participant :** tout désistement ou annulation doit être confirmé par courrier ou par courriel. La date de réception faisant foi.

### **2 : Annulation MINI CAMPS**

- **Si -30 j avant le début du mini-camp :** Remboursement intégral de la facture
- **Entre 0 et - 30 j avant l'activité :** retenue de 50 % du montant total de l'inscription.
- **Si certificat médical : retenue de 20% du montant du séjour**
- Aucun remboursement ne pourra être consenti pour un séjour écourté pour quelque raison que ce soit (départ volontaire ou renvoi).

### **3. FRAIS DE RECouvreMENT**

En cas de non règlement de votre facture, nous vous adresserons une relance, et prendrons contact avec vous après mail ou par téléphone.

Si le règlement n'est pas reçu dans les 10 jours après la relance, nous ferons appel à un organisme pour gérer le contentieux pour le recouvrement de factures, il sera perçu des frais forfaitaires de dossier de 40 €.

### **4. INSCRIPTIONS .**

- Toute inscription doit faire objet d'un écrit de votre part (mail) : [sec.clb25@gmail.com](mailto:sec.clb25@gmail.com)
- L'inscription est enregistrée dès réception du dossier complet : voir fiche récapitulative des pièces à fournir.
- Les places étant limitées, nous ne pouvons garantir les inscriptions de dernière minute.
- Le CLB vous invite, à souscrire une assurance individuelle.
- Une attestation fiscale peut vous être fournie pour les enfants de moins de 6 ans. Faites-en la demande.

### **5. MIXITE ET HANDICAP**

Le CLB s'engage à favoriser l'accueil d'enfants en situation de handicap ou atteints de troubles de la santé ou du comportement. Tout enfant bénéficie d'un projet d'accueil personnalisé mis en place entre l'association, les responsables et une personne référente.

### **6. SOINS MEDICAUX**

En inscrivant votre enfant, vous autorisez l'équipe du CLB à mettre en œuvre tout traitement médical nécessaire (Hospitalisation, Intervention Médecin, Opération, ...).

Les frais liés aux soins médicaux (pharmacie, médecin, dentistes, etc...) ou à la présence d'un membre du CLB seront refacturés aux familles.

### **7. ACTIVITES ECOURTEES / RENVOI**

Toutes activités interrompues ou abrégées ou toutes prestations non consommées du fait du participant ne donnera lieu à aucun remboursement.

En cas de renvoi pour des raisons disciplinaires, décidé par l'équipe d'animation, ou si le jeune est repris par ses responsables, aucune somme ne sera remboursée et tous les frais occasionnés éventuellement par ce retour seront à la charge des responsables.

### **8. INTEMPERIES**

En cas d'intempéries ou de conditions climatiques, les activités seront remplacées dans la mesure du possible. Aucun remboursement ne sera effectué.

**9. AFFAIRES PERDUES**

Le CLB ne peut être tenu pour responsable et n'assure pas le remboursement des effets perdus (vêtements, lunettes, portable...). Les vêtements marqués retrouvés seront rendus aux familles.

**Le..... A..... Signature précédée de la mention « lu et approuvé »**