



## Thème : La Banquise

### INFORMATIONS CENTRE DE LOISIRS Sans hébergement

Avec la participation financière de la Caisse d'Allocation Familiales du Cher

AGE DE L'ENFANT : de 5 à 14 ans

HORAIRES

LIEU : BEFFES, ancienne salle des fêtes

Du lundi au vendredi

DATES : du 24 février au 7 mars 2014

de 13h00 à 18h00



### INSCRIPTIONS

Effectif maximum 30 enfants par semaine

Les inscriptions se feront  
Au Point d'Accueil Touristique (Chabrolles)

**date limite des inscriptions**  
**le lundi 17 février 2014**

TARIFS à la semaine établis en fonction du quotient familial de la CAF

#### Enfants de Beffes ou scolarisés à Beffes

Quotient Familial CAF	1 enfant	2 enfants et plus
Inférieur à 430	29 €	28 €
De 431 à 620	30 €	29 €
De 621 à 762	31 €	30 €
Supérieur à 762	32 €	31 €

#### Enfants extérieurs à la commune de Beffes

Une majoration de 25 % aux tarifs ci-dessus sera appliquée.

Bon Fond d'Aide au Temps Libre (CAF) ACCEPTE  
Les bons CAF peuvent être cumulés pour les grandes vacances

## CENTRE DE LOISIRS VACANCES DE FEVRIER 2014

### Chères familles,

La commune de Beffes propose d'accueillir vos enfants durant les deux semaines des vacances d'hiver :

Du 24/02/2014 au 28/02/2014 de 13h à 18h

Du 03/03/2014 au 07/03/2014 de 13h à 18h

Eugénie ne pouvant malheureusement pas assurer la direction de cette session, Marie-Charlotte, Romuald et moi encadrerons ces deux semaines, qui seront dédiées à diverses activités manuelles et sportives déclinées autour du thème de LA BANQUISE.

Les journées se dérouleront de la même manière que les précédentes sessions : les enfants conserveront la liberté de choisir leurs activités et d'établir leur propre planning, dans un souci d'épanouissement de chacun. Chaque fin de journée, nous ferons un bilan des activités réalisées, avec pour support un affichage qui sera visible par les parents s'ils le souhaitent.

### Les sorties envisagées pour février sont :

-vendredi 28 février : patinoire de Bourges

-vendredi 7 mars : cinéma (Nevers)

Pour inscrire votre enfant, merci de déposer votre dossier dûment rempli avant le Lundi 17 février 2014 au Point Touristique de Beffes (Chabrolles).

L'équipe d'animation vous remercie pour la confiance accordée l'année précédente et celle à venir, et vous présente ses meilleurs vœux pour l'année 2014.

Violette DUBREUIL  
Directrice « par intérim »





**MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS**

***FICHE SANITAIRE DE LIAISON***

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle vous sera rendue à la fin du séjour avec les observations éventuelles.

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'ENFANT A T IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

Cochez la bonne réponse :

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISMES		SCARLATINE	
NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI

COQUELUCHE		OTITES		ASTHME		ROUGEOLE		OREILLONS	
NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations)

.....

RECOMMADATIONS DES PARENTS :

.....

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ?  OUI  NON

Si oui, lequel ? .....

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments

L'enfant mouille t-il son lit ?  NON  OCCASIONNELLEMENT  OUI

S'il s'agit d'une fille est-elle réglée ?  NON  OUI

**RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE (pendant la période du séjour) : .....

.....

Numéro sécurité sociale : .....

Téléphone domicile : ..... Téléphone bureau : .....

Adresse du centre payeur : .....

.....

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, me cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date

Signature

**PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR**

Lieu du séjour : .....

Arrivée le ..... Départ le .....

Cachet de l'Organisme (siège social)

**OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SEJOUR**

Par le médecin (qui indiquera ses noms, adresse et numéros de téléphone)

Par le responsable du séjour (qui indiquera ses noms et adresse)

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