**Réservé à l’organisateur**

**QF :**

**FICHE DE RENSEIGNEMENT ALSH**

Nom de l’enfant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numéro d’allocataire CAF ou MSA : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numéro de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Scolarisé à : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RESPONSABLES LEGAUX**

|  |  |
| --- | --- |
| PERSONNE 1Nom Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Lien de parenté : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Profession : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ville : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_\_Téléphone fixe : \_\_\_\_ /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_Téléphone mobile : \_\_\_\_ /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_Mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | PERSONNE 2Nom Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Lien de parenté : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Profession : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ville : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_\_Téléphone fixe : \_\_\_\_ /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_Téléphone mobile : \_\_\_\_ /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_Mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**AUTORISATION PARENTALE**

J’autorise mon enfant à être pris en photo (affichage à l’ALSH, article de presse…)

*(\*Rayer les mentions inutiles)* OUI NON

J’autorise les personnes suivantes à venir récupérer mon enfant :

Personne 1 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lien avec l’enfant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Personne 2 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lien avec l’enfant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Personne 3 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lien avec l’enfant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Personne 4 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lien avec l’enfant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Je soussigné(e) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorise mon enfant \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , à participer à toutes les activités de l’ALSH, y compris les activités sportives, sur la commune de St Médard de Guizières.**

**En cas de contre-indication à une activité, veuillez en informer le responsable de la structure concernée.**

**SANTE**

 Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Téléphone : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Troubles chroniques – Allergies éventuelles – PAI :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Pièces à joindre pour l’inscription :**

* **Dossier à compléter**
* **Photocopie de l’attestation de la carte vitale**
* **Photocopie d’un justificatif des prestations CAF ou MSA et quotient familial (carte ou attestation CAF)**
* **Photocopie des vaccinations (carnet de santé de l’enfant)**
* **Attestation d’assurance extra-scolaire**
* **Livret de famille**
* **Règlement intérieur daté et signé par le responsable légal de l’enfant**

Tarifs :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **QUOTIENT FAMILIAL** | **Tarifs Résidents CALI** | **Tarifs Résidents Hors CALI** |
| **Mercredis et Vacances****(journée entière)** | **Mercredis et Vacances****(journée entière)** |
| 0 à 500501 à 900901 et + | 4.52 €6.22 €7.92 € | 7.61 €9.05 €10.80 € |

**Paiement à la semaine (durant les vacances) ALSH élémentaire et maternel : réservations et paiement à l’avance à la Mairie.**

Contacts : M. ELIEZER (Elémentaires) : 06/33/41/41/92

 Mme BOUDOUT (Maternelles) : 06/87/86/09/25

P.S. : Pour tous renseignements, les coordinateurs élémentaire et maternel : M ELIEZER Cédric et Mme BOUDOUT Sandrine sont à votre écoute par téléphone aux numéros ci-dessus ou par mail à l’adresse ci-dessous :

s.sportetjeunesse@saintmedarddeguizieres.fr

**REGLEMENT INTERIEUR**

**A.L.S.H MATERNEL**

**SAINT MEDARD DE GUIZIERES**

Le centre de loisirs maternel est situé dans les locaux de l’école maternelle Chastenet :

**ALSH Maternel**

**Ecole Chastenet, Place Chastenet**

**33230 Saint Médard de Guizières**

**Tel : 05 57 69 86 52 /Tel : 06 87 86 09 25**

Le centre de loisirs est géré par la Mairie de Saint Médard de Guizières :

**Mairie de Saint Médard de Guizières**

**Esplanade du 18 juin**

**33230 Saint Médard de Guizières**

**Tel : 05 57 56 45 45/Fax : 05 57 69 76 19**

**Fonctionnement et horaire :**

Le centre peut accueillir jusqu’à 24 enfants âgés de 3 à 6 ans suivants les périodes décrites ci-dessous (6 ans passage en ALSH primaire). Il est agrée par le Médecin P.M.I et Jeunesse et Sport.

Le centre est ouvert les mercredis de l’année scolaire (sauf mercredis de classe), les petites vacances (sauf vacances de Noël) et les grandes vacances d’été (mois de juillet complet et dernière semaine d’août).

Les capacités d’accueil maximum sont les suivantes :

-16 enfants maximums le mercredi.

-16 enfants maximums durant les vacances de la toussaint, de février et de Pâques.

-24 enfants maximums durant l’été ;

**Période de vacances et mercredis :**

* 07H30 09H15 : ACCUEIL TEMPS LIBRE
* 09H15 11H00 : ACTIVITES
* 11H00 11H30 : RANGEMENT ET TEMPS LIBRE
* 11H45 12H45 : REPAS
* 12H45 13H30 : TEMPS LIBRE
* 13H30 14H45 : SIESTE ET TEMPS CALME POUR LES PLUS GRANDS
* 14H45 16h00 : REVEIL ECHELONNE DES ENFANTS ET ACTIVITES
* 16H00 17H00 : GOUTER ET RANGEMENT
* 17H00 18H30 : ACTIVITES LIBRES ET ACCUEIL DU SOIR

**L’équipe :**

 -1 directrice : Melle BOUDOUT Sandrine titulaire du BEATEP

 -1 animateur BAFA

-des animateurs titulaires du BAFA ou des stagiaires en fonction des besoins.

**Locaux:**

L’A.L.S.H maternel fonctionne à l’école J.Chastenet à St Médard de Guizières place Chastenet.

**Règles de vie et objectifs:**

*Il est interdit :*

-De fumer dans les locaux.

-D’utiliser le matériel éducatif et sportif sans autorisation.

-De détenir tout objet de valeur (téléphone portable ou appareils numérique, console de jeux vidéo, argent) et objets dangereux (pétards, couteaux, aiguilles, pointes…) le centre de loisirs se décharge de toutes responsabilités concernant la perte d’objets que l’enfant rapporte de chez lui et se réserve le droit de supprimer ceux qui sont jugés dangereux.

-D’utiliser tous produits pharmaceutiques ou médicaments sauf ceux autoriser par la PMI et Jeunesse et Sport

**-La directrice et les animateurs ne sont pas autorisés à administrer des médicaments sauf en cas de PAI documents à fournir obligatoirement avec le dossier d’inscription.**

-il n’est pas souhaitable qu’un enfant malade soit admis dans la structure (hors maladie chronique).

*Les enfants doivent :*

**-Respecter le personnel d’encadrement et de service : agents communaux…**

**-Respecter le matériel mis à leur disposition.**

**-Ne pas crier**

**-Ne pas se battre**

**-Ne pas être grossier.**

Ces consignes sont obligatoires et doivent impérativement respecter. Les manquements graves ou répétés aux consignes seront passibles d’un **avertissement écrit et éventuellement d’une exclusion,** dûment communiqué aux parents.

**Objectifs que s’est fixé le centre de loisirs :**

-Permettre à chaque enfant de trouver sa place dans le groupe.

-Participation aux règles de la vie commune (rangement…).

- Sensibilisation au respect d’autrui, environnement, matériel, apprendre à vivre avec les autres…

-Favoriser l’autonomie et la vie en collectivité

-Assurer la sécurité morale, physique et affective des enfants

-Favoriser la communication et la relation entre les enfants et les animateurs

-Prendre en compte les besoins de chaque enfant

-Le centre est un espace de communication, de jeu et de loisirs.

**Accueil des enfants**

Les enfants sont amenés et récupérés soit par les parents, soit par le responsable légale ou une des personnes qui figurent sur le dossier de l’enfant.

**LES PARENTS DOIVENT IMPERATIVEMENT ACCOMPAGNE LEUR ENFANT A L’INTERIEUR DU CENTRE AFIN DE SIGNALER SON ARRIVEE OU SON DEPART A UN DES MEMBRES DE L’EQUIPE.**

**MODALITES D’INSCRIPTION :**

* Les enfants doivent impérativement être inscrits à l’avance auprès de la Mairie par le biais de tableau de réservations transmis chaque mois.
* En cas de dépassement de la capacité d’accueil maximale, l’enfant sera inscrit sur liste d’attente et la famille sera contactée en cas de désistement d’un enfant.
* Toute inscription sera facturée, sauf arrêts pour raisons médicales ou si le directeur est prévenu au moins 2 jours à l’avance de l’absence de l’enfant.
* Les enfants ont la possibilité d’être inscrits pour tous les mercredis du mois.
* **Attention le report des inscriptions d’un mois à l’autre ne sont pas automatiques, les parents doivent impérativement en informer la Mairie**
* Durant les vacances, les inscriptions se font impérativement à la semaine.

**PAIEMENT DES SEJOURS :**

* Le paiement est à effectuer à la Mairie, à l’ordre du Trésor Public, à l’avance au moment de la réservation de la journée. Durant les périodes de vacances, les inscriptions se font à la semaine avec règlement du séjour à l’avance à la Mairie ou au Trésor Public.
* En cas de non règlement des factures, les inscriptions des enfants concernés seront refusées le séjour suivant.
* En cas de non-paiement des factures 1a semaine avant le début du séjour, les inscriptions ne seront pas prises en compte.

Je soussigné (e)………………………………………….atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de l’Accueil de Loisirs Sans Hébergement de St Médard de Guizières.

Signature du représentant légal de l’enfant



|  |  |
| --- | --- |
|  **FICHE SANITAIRE DE LIAISON**  | **L’ENFANT** NOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ GARÇON  FILLE   |

**1 – VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l’enfant)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **VACCINS OBLIGATOIRES**  | **oui**  | **non**  | **DATES DES DERNIERS RAPPELS**  | **VACCINS RECOMMANDÉS**  | **DATES**  |
| Diphtérie  |   |   |   | Hépatite B  |   |
| Tétanos  |   |   |   | Rubéole-Oreillons-Rougeole  |   |
| Poliomyélite  |   |   |   | Coqueluche  |   |
| **Ou** DT polio  |   |   |   | Autres (préciser)  |   |
| **Ou** Tétracoq  |   |   |   |   |   |
| BCG  |   |   |   |   |   |

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

# 2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L’ENFANT

L’enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence sur les temps ALSH ? 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 pris sans ordonnance.**

A titre indicatif L’ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| RUBÉOLE  | VARICELLE  | ANGINE  | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ  | SCARLATINE  |
| OUI  NON   | OUI  NON   | OUI  NON   | OUI  NON   | OUI  NON   |
| COQUELUCHE  | OTITE  | ROUGEOLE  | OREILLONS  |   |
| OUI  NON   | OUI  NON   | OUI  NON   | OUI  NON   |   |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ALLERGIES :** ASTHME  | oui non  |   | MEDICAMENTEUSES oui non  |
|  ALIMENTAIRES  | oui non  |   | AUTRES ………………………………………….  |

 **PRECISEZ CI-DESSOUS LA CAUSE DE L’ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR**

**P.A.I** (projet d’accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

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

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

**3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES** **(à renseigner obligatoirement)**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui  non 

DES LUNETTES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l’enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l’enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l’enfant

 AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

# 4- AUTORISATIONS

J’autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui  non 

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui non



# 5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ............................................................................................ PRÉNOM .........................................................................

ADRESSE................................................................................................................................................................................

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

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT *……………….............................................................................................................*………

*Je soussigné(e), .................................................................................................................responsable légal de l’enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les agents municipaux à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Ceci suivant les prescriptions d’un médecin et/ou d’un service d’urgence seuls habilités à définir l’hôpital de secteur.*

 Date : Signature :

**L’Accueil de Loisirs Sans Hébergement de la CALI, secteur Saint Médard de Guizières sera ouvert durant l’année 2018-2019 :**

* **Tous les mercredis :** **sauf** **jours d’école et jours fériés, en fonction du calendrier de l’école publique,** de 7h30 à 18h30.
* **Durant les vacances scolaires :**
	+ **Vacances d’automne :** 2 semaines (9 jours) du 22 au 26 octobre et du 29 octobre au 02 novembre.
	+ **Vacances de noël :** Fermé
	+ **Vacances d’hiver :** 2 semaines (10 jours), du 18 au 22 février et du 25 février au 01 mars.
	+ **Vacances de printemps :** 1 semaine (5 jours), du 15 au 19 avril.
	+ **Vacances d’été :** 5 semaines : (25 jours), du 08 au 12 juillet, du 15 au 19 juillet, du 22 au 26 juillet, du 29 juillet au 02 août et du 26 au 30 aout.

**Lorsque la structure d’accueil de Saint Médard de Guizières n’est pas ouverte ou fermée pour raisons exceptionnelles (travaux ou autre), votre enfant peut être accueilli, après inscription préalable, à l’ALSH de Coutras (contact : 05 57 48 00 24).**

**Rappel sur les modalités d’inscription :**

* Un document nominatif est à remplir avant chaque période d’inscription précisant le nombre de mercredis où vous souhaitez inscrire votre enfant. Procédure identique pour les périodes de vacances.
* Ce document est disponible en Mairie (St Médard de Guizières, Abzac et St Sauveur de Puynormand), ou sur les sites internet www.saintmedarddeguizieres.fr, [www.lacali.fr](http://www.lacali.frn), [www.commune-abzac.fr](http://www.commune-abzac.fr), www.saintsauveurdepuynormand.fr.
* Ce document est à transmettre à la Mairie de St Médard de Guizières (directement à l’accueil, dans la boite aux lettres de la Mairie ou par mail : s.sportetjeunesse@saintmedarddeguizieres.fr).
* Le règlement est à effectuer à l’avance à la Mairie dès validation de la réservation.
* Toute réservation pour les mercredis doit-être validée au plus tard le lundi précédent avant 12h.
* Il en est de même pour les annulations, dans le cas contraire et à défaut d’un justificatif médical, le prix de la journée sera facturé.

**En cas de non-respect de ces modalités, l’enfant ne pourra être accueilli à l’ALSH.**

**CONTACT :** Mairie, Esplanade du 18 juin 33230 St Médard de Guizières

Tél :05.57.56.45.45

Portable Elémentaire : 06.33.41.41.92 - Portable Maternel : 06.87.86.09.25

Mail : s.sportetjeunesse@saintmedarddeguizieres.fr

Site internet : [www.saintmedarddeguizieres.fr](http://www.saintmedarddeguizieres.fr), [www.commune-abzac.fr](http://www.commune-abzac.fr), www.saintsauveurdepuynormand.fr, [www.lacali.fr](http://www.lacali.fr).

  