



Patronage du Soir

La Maison Ozanam, en lien avec la Paroisse Sainte Marie des Batignolles propose un accueil de loisirs les après-midis de la semaine, ouvert aux enfants à partir de 6 ans, en CP.

La proposition se décline en plusieurs packs :

☺Pack 1 : Accueil sur toute la semaine : lundi, mardi, jeudi, vendredi de 16h30 à 19h (350 € par trimestre).

☺Pack 2 : Accueil un soir de la semaine de 16h30 à 19h (150 € par trimestre).

À noter, les tarifs sont dégressifs si vous inscrivez plusieurs enfants et il est possible d'obtenir une réduction en fonction de votre quotient familial.

Adhésion à l'association : 30 € par
famille et par an.

Pack choisi et le cas échéant les jours :

L'accueil se déroule ainsi :

- 16h15: Pédibus depuis l'école Sainte-Marie pour les enfants qui y sont scolarisés. Arrivée autonome pour les autres enfants.
- 16h30 à 17h15 : Arrivée échelonnée des enfants, goûter et jeu libre. Le goûter est fourni par les familles.
- 17h15 : Temps d'intériorité.
- 17h30 : Temps d'accompagnement scolaire, suivi de jeux éducatifs pour ceux qui auraient fini plus tôt leurs devoirs.
- 19h : Départ des enfants, arrivée des parents.

Modalités d'inscriptions :

Les inscriptions se font à la suite de la réception d'un dossier complet et d'une rencontre avec les parents. Elles demeurent trimestrielles, vous laissant ainsi la possibilité de désinscrire vos enfants, et nous laissant aussi cette possibilité.

Les règles à respecter :

-Je prévois à chaque fois que mon enfant est absent.

-Je m'engage à rembourser le matériel ou les lieux qui seraient détériorés par mon enfant.

-Je m'engage à accepter, s'il y a lieu, les sanctions posées par les éducateurs de la Maison. Au bout de trois bêtises ou manques de respect graves, vis-à-vis des éducateurs ou autres jeunes, que nous serions amenés à vous signaler, nous pourrions être conduits à exclure votre enfant d'abord temporairement, voire définitivement.

-Le climat intérieur de la Maison Ozanam est l'ouverture à tous, je suis conscient de participer à celui-ci.

-Je m'engage à rencontrer les responsables des accompagnements scolaires une fois par trimestre.

-J'ai la possibilité, sur demande, de consulter le cahier de progression de mon enfant.

Les autorisations :

* J'autorise la Maison Ozanam à utiliser des photos de mon enfant pour des publications internes :
Oui Non

et externes à la Maison Ozanam : Oui Non

* J'autorise mon enfant à rentrer seul à partir de 19h : Oui Non

* J'autorise mon enfant à ne pas assister au temps d'intériorité : Oui Non

Date et Signatures, des deux parents, précédées de la mention « lu et approuvé » :

Contact : François Tranchant (Directeur) :

Tel : 06.21.06.27.04

Mail : francois.tranchant@maisonozanam.com

Ou Chloé Eid (Directrice adjointe)

Mail : patronage.maisonozanam@gmail.com

Adresse Maison Ozanam : 15 rue René Blum 75017 Paris

Madame, Monsieur (*): -----

Inscrit mon fils, ma fille : -----

Né(e) le : -----

Adresse : -----

Mail : -----

Téléphone : -----

Téléphone d'urgence : -----

Ecole de l'enfant : -----

Classe de l'enfant : -----

Date :

Signatures des deux parents :

()- Dans le cadre du RGPD, nous vous informons que ces informations sont collectées pour respecter la réglementation des accueils collectifs de mineurs. Ces données ne sont pas partagées avec des organismes extérieurs. Conformément à la Loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée le 20 juin 2018 et au Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification de vos données, d'un droit d'opposition et de limitation à un traitement, d'un droit à l'oubli et à la portabilité des informations qui vous concernent. Vous pouvez exercer vos droits en vous adressant à l'association Maison Ozanam : contact@maisonozanam.com ou 15 rue René Blum 75017 Paris, en joignant une photocopie de votre pièce d'identité.*

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I. ENFANT NOM : PRENOM :
 SEXE GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE : ___/___/___

II. VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES	DATES
Du DT polio	___/___/___
Du DT coq	___/___/___
Du Tétracoq	___/___/___
D'une prise polio RAPPELS	___/___/___
	___/___/___

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES	VACCIN	DATES	VACCINS	DATES
1 ^{er} VACCIN	___/___/___	___/___/___	___/___/___
REVACCINATION	___/___/___	1 ^{er} RAPPEL	___/___/___	___/___/___

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ?

	NATURE	DATES
INJECTIONS DE SERUM	___/___/___
	___/___/___

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT
 L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>				

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

..... /___/___
 /___/___
 /___/___

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? non oui
 SI OUI, LEQUEL ?
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? non occasionnellement oui
 S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? non oui

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOMS :
 ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° DE S.S. _____ N° DE TEL _____ DOMICILE _____ 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, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature :

DATE :

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR : Cachet de l'Organisme (siège social)

.....

 ARRIVEE LE ___/___/___
 DEPART LE ___/___/___

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)
 PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

.....

