

ADHÉSION 2026 - ☐ ENFANCE ☐ JEUNESSE

RESPONSABLE LÉGAL 1 : ☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐ Autre : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Situation : ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Vie maritale ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Célibataire ☐ Veuf(ve)

Adresse : _____

CP _____ Commune _____

Date de naissance : ____/____/____ Portable : ____/____/____/____/____

Profession : _____

Employeur : _____ Tél. professionnel : ____/____/____/____/____

N° allocataire CAF : _____ Quotient Familial : _____

☐ Autorise les salariés habilités du CAP à consulter directement mon quotient familial sur CAFPRO, le site dédié aux professionnels, grâce à mon numéro CAF.

☐ N'autorise pas le CAP à consulter mon dossier CAF et m'engage à fournir une attestation de quotient familial.

A défaut de présentation d'une attestation, le tarif le plus élevé sera appliqué.

RESPONSABLE LÉGAL 2* : ☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐ Autre : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Situation : ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Vie maritale ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Célibataire ☐ Veuf(ve)

Adresse : _____

CP _____ Commune _____

Date de naissance : ____/____/____ Portable : ____/____/____/____/____

Profession : _____

Employeur : _____ Tél. professionnel : ____/____/____/____/____

*** Si vous êtes séparés ou divorcés et souhaitez une facturation distincte merci de remplir un dossier par parent.**

SERVICES INTERNET

Adresse mail (en MAJUSCULES) : _____

Les factures sont envoyées par mail en début de mois. Il est possible d'obtenir une version papier en vous adressant directement à l'accueil.

Les informations concernant les inscriptions à l'ALSH et les activités proposées par le CAP sont également envoyées par mail.

ENFANTS À INSCRIRE

NOM	Prénom	Sexe (M/F)	Date de naissance	École	Classe

AUTRES PERSONNES AUTORISÉES *(Présentation d'une pièce d'identité obligatoire)*

J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon (mes) enfant(s) à l'accueil de loisirs :

NOM	Prénom	Lien de parenté	N° de téléphone

Je m'engage à communiquer tout changement de cette liste, par écrit, auprès de l'accueil du CAP.

AUTORISATIONS

Je soussigné(e) _____ déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur, du fonctionnement et des conditions financières de l'Accueil de Loisirs du CAP – Centre Social et :

- Autorise mon (mes) enfant(s) à participer à toutes les activités proposées par l'Accueil de Loisirs,
- Autorise, en cas d'urgence, la direction de l'ALSH à faire pratiquer les interventions chirurgicales et à faire prescrire tout traitement nécessaire à l'état de santé de mon (mes) enfant(s),
- Autorise le CAP à faire transporter mon (mes) enfant(s), pour les besoins des activités de l'Accueil de Loisirs : par des moyens de transport collectifs (bus, minibus, train...)
- Autorise la prise de photos et de vidéos et leur diffusion sur le site internet et la page Facebook de l'Accueil de Loisirs, **(Possibilité de rayer la mention en cas de refus)**
- Autorise la saisie informatique des informations ci-dessus,
- Certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à _____ Le _____

Signature précédée de la mention « Lu et Approuvé »

Tarif adhésion 2025	
<input type="checkbox"/> 1 personne : 15 €	<input type="checkbox"/> 3 personnes : 35 €
<input type="checkbox"/> 2 personnes : 25 €	<input type="checkbox"/> 4 personnes et + : 45 €

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

Année 2026

NOM Prénom de l'enfant : _____ Date de naissance : _____

NOM du Médecin Traitant : _____ Téléphone : _____

Votre enfant présente-t-il des troubles de santé ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez _____

Votre enfant a-t-il :

- Des allergies alimentaires ? ☐ Oui ☐ Non
- Des allergies médicamenteuses ? ☐ Oui ☐ Non
- D'autres allergies ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez _____

Votre enfant fait-il l'objet d'un P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, merci de joindre une copie du P.A.I. et prendre contact avec le Responsable Enfance / Jeunesse

Votre enfant a-t-il une reconnaissance handicap ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, merci de nous transmettre une attestation d'attribution d'A.E.E.H

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez _____

Je déclare sur l'honneur que mon enfant est à jour de toutes les vaccinations obligatoires.

J'atteste l'exactitude des renseignements portés sur ce document et m'engage à faire connaître toute modification éventuelle.

Fait à _____

Le _____

Signature précédée de la mention « Lu et Approuvé »

ATTESTATION DE TEST « PASS-NAUTIQUE »

*Le test Pass-nautique peut être réalisé en piscine ou sur le lieu de l'activité.
Il peut être réalisé avec ou sans brassière de sécurité selon l'activité concernée*

Date du test :

Nom et prénom du mineur :

Aptitudes vérifiées et acquises (mettre une croix dans les cases correspondantes)

- | | | | |
|---|--|--------------------------|--------------------------|
| • | Effectuer un saut dans l'eau | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • | Réaliser une flottaison sur le dos pendant 5 secondes | <input type="checkbox"/> | |
| • | Réaliser une sustentation verticale pendant 5 secondes | <input type="checkbox"/> | |
| • | Nager sur le ventre pendant 25 mètres | <input type="checkbox"/> | |
| • | Franchir une ligne d'eau ou passer sous une embarcation ou un objet flottant | <input type="checkbox"/> | |

Test réalisé : ☐ avec brassière

☐ sans brassière

Résultat du test : ☐ satisfaisant

☐ non satisfaisant

Personne ayant fait passer le test :

Nom et prénom :

Qualification :

Etablissement d'appartenance :

Signature :

Cachet de l'établissement :

*** Tests admis en équivalence :**

- **L'Attestation du Savoir Nager en Sécurité**

Arrêté du 28/02/2022

Article A 322-3-3 du Code du sport

- **Le Sauv'Nage (amené à disparaître au profit de l'attestation du Savoir Nager en Sécurité)**

L'attestation de réussite au test commun des fédérations ayant la natation en partage répondant au moins aux exigences définies par le décret est équivalente au test défini par l'arrêté

TARIFICATION DES ACTIONS ENFANCE / JEUNESSE - 2026

Applicable à partir du 1er MARS 2026

Secteur Enfance / Jeunesse

CAP - CENTRE SOCIAL 20 AVENUE DE GAULLE 17430 TONNAY - CHARENTE

05 / 46 / 88 / 74 / 12 - cap.cs@wanadoo.fr - Site Internet : captonnay.org



Accueil de Loisirs 3 / 10 ans : Mercredis et Vacances

Accueil de Loisirs 11 / 14 ans : Vacances

Accueils périscolaires enfants / adolescents

Adhésion à l'association	1 personne	15 €
	2 personnes	25 €
	3 personnes	35 €
	4 personnes et +	45 €



		Tonnay - Charente		Communes de l'ancien Canton conventionnées (*)		Communes de l'ancien Canton NON conventionnées (*)		Communes extérieures	
		Journée	1/2 Journée	Journée	1/2 Journée	Journée	1/2 Journée	Journée	1/2 Journée
Tarif allocataire CAF 17 avec QF	QF 5 : 1000 et +	13,00 €	8,90 €	15,00 €	11,90 €	20,00 €	16,90 €	20,50 €	17,40 €
	QF 4 : De 761 à 999	12,30 €	8,50 €	14,30 €	10,50 €	19,30 €	15,50 €	19,80 €	16,00 €
	QF 3 : De 561 à 760	10,60 €	7,50 €	11,60 €	9,50 €	16,60 €	14,50 €	17,10 €	15,00 €
	QF 2 : De 501 à 560	9,00 €	6,40 €	10,00 €	8,40 €	15,00 €	13,40 €	15,50 €	13,90 €
	QF 1 : De 0 à 500	5,70 €	4,00 €	6,70 €	6,00 €	11,70 €	11,00 €	12,20 €	11,50 €

Forfait ados 11 / 14 ans	70 € / An	Repas mercredi midi
Accueil Périscolaire et Mercredis	25 € - Sept / Déc	2 € 20

Accueil après l'école	Tarif de base sans aide	2 € 10 / Soirée
	Allocataire CAF 17 / MSA ou RG	1 € 80 / Soirée
	Allocataire CAF 17 ou MSA = ou - 760	1 € 25 / Soirée

Périsco Ados	Tarif de base sans aide	2 € 10 / Soirée
	Allocataire CAF 17 / MSA ou RG	1 € 80 / Soirée
	Allocataire CAF 17 ou MSA = ou - 760	1 € 25 / Soirée

Tarif spécial social	Un enfant	2 € 50 / Jour
	Deux enfants et plus	2 € / Jour
	Enfant(s) hors canton	3 € 50 / Jour

Commune de l'ancien canton CONVENTIONNÉES		Commune de l'ancien canton NON CONVENTIONNÉES	
Lussant		Cabariot	
Moragne		St Hippolyte	
St Coutant le Grand		Muron	
		Genouillé	