

INFORMATIONS PERISCOLAIRE – MERCREDIS 2025/2026

Pour toutes demandes :
YORDEY Viga / alsh.sion@sucstrasbourg.fr

Pour information :

- pour les enfants de 3 ans révolus à 11 ans
- adresse de l'accueil : 2 rue Erckmann-Chatrian à Strasbourg
- N° de téléphone : 06 88 10 50 67
- l'accueil est de 8h00 à 9h30 / le départ de 16h30 à 18h00
- du 03 septembre 2025 au 24 juin 2026
- Adresse mail : alsh.sion@sucstrasbourg.fr
- Tarif en fonction de votre quotient familial
- Repas livrés
- Le planning et les informations seront envoyés cet été
- Inscription pour toute la journée et tous les mercredis

Première inscription :

- Se rendre sur le site <https://sucvacances.leportailfamille.fr/>
- Créer votre compte
- Ajouter vos informations et valider
- En bas de la page, cliquer sur « gérer la composition de son foyer » et ajouter un enfant (procédure à renouveler si plusieurs enfants)
- Ajouter ses informations (n° urgence, allergies, autorisations, assurance, mutuelle...)
- L'équipe de direction se charge de valider votre espace personnel sous 7 jours
- Envoyer la fiche sanitaire et les vaccins par mail à l'adresse alsh.sion@sucstrasbourg.fr

Pour l'organisation :

- 08h00 à 09h30 : accueil des enfants
- 09h30 à 12h00 : activités adaptées à l'âge des enfants
- 12h00 à 13h00 : repas
- 13h00 à 16h00 : activités adaptées à l'âge des enfants / sieste pour les petits + activités
- 16h00 à 16h30 : goûter
- 16h30 à 18h00 : départ des enfants

ALSH périscolaire des Mercredis / Notre Dame de Sion 2024/2025

Tarif à l'année en fonction du quotient familial

Tranche 1	Tranche 2	Tranche 3	Tranche 4	Tranche 5	Tranche 6
QF<500	501-1000	1001-1500	1501-2000	2001-2500	>2500
1200,00 €	1250,00 €	1300,00 €	1400,00 €	1500,00 €	1600,00 €





FICHE SANITAIRE DE LIAISON

SUC VACANCES

DOCUMENT CONFIDENTIEL

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : / /

SEXE : M ☐ F ☐

1- VACCINATION

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS OU OBLIGATOIRE POUR LES ENFANTS NES APRES LE 01/01/2018	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				Méningocoque C	
				Autres (préciser)	

Joindre obligatoirement la copie du carnet de santé.
Joindre un certificat médical en cas de contre-indication vaccinale.

DATE DU PROCHAIN VACCIN :

2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

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

L'enfant bénéficie-t-il d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez fournir le PAI avec une ordonnance récente et les médicaments correspondants marqués au nom de l'enfant.

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

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.
Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? ☐ oui ☐ non

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

.....
.....

Le mineur a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rougeole : ☐ oui ☐ non Varicelle : ☐ oui ☐ non Angine : ☐ oui ☐ non
Coqueluche : ☐ oui ☐ non Otite : ☐ oui ☐ non Rubéole : ☐ oui ☐ non
Scarlatine : ☐ oui ☐ non Oreillons : ☐ 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...

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

4- RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :
TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légale 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 :