

INFORMATIONS VACANCES SCOLAIRES

du 20 au 24 octobre 2025

Pour toutes demandes :

YORDEY Viga / alsh.sion@sucstrasbourg.fr

Inscription à partir du 23 septembre

Pour information :

- 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
- Adresse mail : alsh.sion@sucstrasbourg.fr
- Tarif en fonction de votre quotient familial
- Repas livrés par le prestataire de l'école
- Le planning et les informations seront envoyés début octobre
- Inscription pour toute la journée et toute la semaine

Document à rendre pour valider l'inscription

- S'inscrire sur le portail famille BELAMI et ajouter vos informations.
<https://www.sucstrasbourg.fr/la-premiere-inscription/> + faire la demande par mail : alsh.sion@sucstrasbourg.fr
- Si votre enfant est inscrit les mercredis, faire la demande par mail : alsh.sion@sucstrasbourg.fr
- La fiche sanitaire + vaccins ;
- Quotient familial

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

Tarif pour la semaine 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
145,00 €	155,00 €	165,00 €	175,00 €	185,00 €	195,00 €





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	
Polio				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 actualiser 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 :