



Photographie  
de l'enfant

# FICHE D'INSCRIPTION 2020 / 2021

## MERCREDIS RÉCRÉATIFS

NOM & PRÉNOM DE L'ENFANT : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... / ..... / ..... | LIEU DE NAISSANCE : .....

ÉCOLE FRÉQUENTÉE : .....

### PÈRE OU TUTEUR LEGAL

NOM : .....

PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... / ..... / .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

TÉLÉPHONE PORTABLE : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

TÉLÉPHONE FIXE : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

COURRIEL : .....

### MÈRE OU TUTRICE LEGALE

NOM : .....

PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... / ..... / .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

TÉLÉPHONE PORTABLE : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

TÉLÉPHONE FIXE : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

COURRIEL : .....

**RESPONSABLE PAYEUR : PÈRE | MÈRE**

### ASSURANCE

NOM DE LA COMPAGNIE : .....

N° DE POLICE : .....

N° SECURITE SOCIALE (sur lequel est porté l'enfant) : .....

### CAF

ETES-VOUS ALLOCATAIRE DE LA CAF ? OUI | NON

SI OUI, INDIQUEZ VOTRE NUMÉRO D'ALLOCATAIRE : .....

SI NON, AUTRE RÉGIME : .....

**Merci de joindre votre attestation CAF**

## CONTACTS

Contacts Nom et Prénom	Lien Famille, amis, ...	Téléphone 1	Téléphone 2	A prévenir en cas d'urgence	Autorisé(e) à venir chercher l'enfant

### AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à utiliser des transports (minibus, transports Lunéville etc.)

**OUI | NON**

J'autorise mon enfant à participer aux sorties proposées par la MJC

**OUI | NON**

J'autorise mon enfant à quitter seul l'accueil (ne sont concernés que les enfants de plus de 9 ans)

**OUI | NON**

Pendant les activités, j'autorise le personnel de l'association à photographier et/ou filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives.

**OUI | NON**

J'autorise l'association à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse, affichage, médias numériques, etc) .

**OUI | NON**

Je soussigné(e) ..... déclare avoir pris connaissance des tarifs (dont adhésion obligatoire de 6 € par an et par enfant) et des modalités d'inscription.

**DATE** : ..... / ..... / .....

**SIGNATURE** :

# MERCREDIS RÉCRÉATIFS

NOM & PRÉNOM DE L'ENFANT : .....

## TEMPS DE PRÉSENCE

Si vous n'avez pas connaissance de vos disponibilités, il sera toujours possible d'inscrire votre enfant le lundi précédent le premier mercredi du mois.

Veillez préciser si votre enfant sera présent le matin (M), aux repas (R), l'après-midi (AM), la journée complète avec repas (JC ) et à la garderie du soir (G).

**Cochez tous vos choix**

Mercredis 2020						Mercredis 2021					
	M	R	AM	JC	G		M	R	AM	JC	G
02/09/20						06/01/21					
09/09/20						13/01/21					
16/09/20						20/01/21					
23/09/20						27/01/21					
30/09/20						03/02/21					
07/10/20						10/02/21					
14/10/20						17/02/21					
04/11/20						10/03/21					
18/11/20						17/03/21					
25/11/20						24/03/21					
02/12/20						31/03/21					
09/12/20						07/04/21					
16/12/20						14/04/21					
						21/04/21					
						12/05/21					
						19/05/21					
						26/05/21					
						02/06/21					
						09/06/21					
						16/06/21					
						23/06/21					
						30/06/21					

## REPAS

*Le repas est tiré du sac. Une cuisine est accessible pour maintenir les plats au frais et/ou les faire chauffer.*

DATE : ..... / ..... / .....

SIGNATURE :

## MODALITÉS D'INSCRIPTION

### Date limite d'inscription des mercredis récréatifs :

- Réservation indispensable le lundi précédent le premier mercredi du mois
- Toute absence doit être notifiée au plus tard le mercredi à 10h.
- Toute absence non excusée sera facturée.

Nous vous rappelons que le règlement est indispensable pour valider l'inscription (uniquement par chèque ou en espèces).

## TARIFS

- **Adhésion obligatoire de 6 euros** (1 fois par an et par enfant)
- **Demi-journée**  
Tarif CAF : 4 euros | Tarif non CAF : 5 euros
- **Journée complète avec repas tiré du sac**  
Tarif CAF : 7 euros | Tarif non CAF : 11 euros
- **Garderie (17h à 18h) : + 2 euros / jour**

## PIÈCES À PRÉSENTER

- Dossier d'inscription complet
- Fiche sanitaire de liaison
- Certificat d'aptitude à la vie en collectivité qui atteste que les vaccins obligatoires de votre enfant sont à jour
- Fiche d'autonomie si nécessaire

## ADRESSE & CONTACT

L'accueil de loisirs se situe dans les locaux de la MJC Jacques Prévert :  
1 rue Cosson - Lunéville.

En cas de besoin, vous pouvez contacter notre équipe d'animation  
au 03 83 74 09 24 ou sur [jeunesse@mjcluneville.fr](mailto:jeunesse@mjcluneville.fr)

DATE : ..... / ..... / .....

**SIGNATURE :**



**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON  
2020**

1 – ENFANT

NOM: \_\_\_\_\_

PRÉNOM: \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_

GARÇON       FILLE

*Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite en 2020. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.*

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio		BCG	
<b>Ou</b> Tétracoq		Autres (préciser)	

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.

**3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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.

**L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes?**

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	
oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	

**Allergies:**    **ASTHME** oui  non     **ALIMENTAIRES** oui  non     **MEDICAMENTEUSES** oui  non   
**AUTRES** \_\_\_\_\_

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

---



---

**En cas de régime alimentaire, précisez :**

**SANS VIANDE**

**SANS PORC**

**Indiquez ci-après:**

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

---

---

---

---

**Recommandations utiles des parents:**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

---

---

---

**BAIGNADE** : SAIT NAGER

SE DEBROUILLE

NE SAIT PAS NAGER

**Observations diverses :**

---

---

#### **4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant ,  
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant,  
toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de  
l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une  
hospitalisation.

**Médecin traitant :**

Nom: \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_

**N° de sécurité sociale de l'enfant :** \_\_\_\_\_

Date :

Signature: