



Photographie
de l'enfant

FICHE D'INSCRIPTION 2020 / 2021

VAC'ADOS – AUTOMNE 2020

NOM & PRÉNOM DE L'ENFANT :

DATE DE NAISSANCE : / / | LIEU DE NAISSANCE :

ÉCOLE FRÉQUENTÉE : | EN CLASSE DE :

PÈRE OU TUTEUR LÉGAL

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : / /

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TÉLÉPHONE FIXE OU PORTABLE : / / / /

TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL : / / / /

COURRIEL :

MÈRE OU TUTRICE LÉGALE

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : / /

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TÉLÉPHONE FIXE OU PORTABLE : / / / /

TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL : / / / /

COURRIEL :

RESPONSABLE PAYEUR : PÈRE OU TUTEUR LÉGAL | MÈRE OU TUTRICE LÉGALE

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

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 quitter seul l'accueil à la fin de la journée

OUI | NON

J'autorise mon enfant à quitter seul l'accueil pendant la pause méridienne

OUI | NON

J'autorise mon enfant à utiliser des transports (minibus, bus, transports en commun, etc.)

OUI | NON

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

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) et des modalités d'inscription (voir page suivante).

DATE : / / 2020

SIGNATURE :

NOM & PRÉNOM DE L'ENFANT :

MODALITÉS D'INSCRIPTION

Réservation indispensable. **Ouverture des inscriptions : mardi 6 octobre à 14h.**

Nous vous rappelons que le règlement est indispensable pour valider l'inscription.

Tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte.

TEMPS DE PRÉSENCE

DU 19/10 au 23/10	OUI	NON
DU 25/10 au 30/10	OUI	NON

Afin d'immerger complètement vos enfants dans ce projet, une inscription à la semaine est nécessaire. Toute absence doit être notifiée à l'équipe d'animation.

REPAS

Le repas est tiré du sac. Repas froid obligatoire, suite au règle sanitaire actuel.

TARIFS

- **Adhésion obligatoire** (1 fois par saison et par personne)
- **Semaine 1** : Tarif normal : 45 € | Tarif chantier : 25 € | réduction CAF ATL possible
Repas tirés du sac. Goûters offerts.
- **Semaine 2** : Tarif normal : 45 € | Tarif chantier : 25 €
Tarif comprenant : hébergement + pension complète + activités de loisirs

<i>Rayez les mentions inutiles</i>	SEMAINE DU 19/10 AU 23/10	SEMAINE DU 25/10 AU 30/10
Adhésion - de 18 ans	6 €	
Adhésion + de 18 ans	10 €	
Si non, déjà adhérent : « Quartier Jeunes » ou autre activité :		
Tarif normal	45 €	45 €
Tarif chantier	25 €	25 €
Réduction CAF - ATL €	
SOUS-TOTAL	Semaine 1 = €	Semaine 2 = €
TOTAL	Semaine 1 + Semaine 2 = €	

PIÈCES À PRÉSENTER

- Dossier d'inscription complet + Attestation CAF ATL
- Fiche sanitaire de liaison complétée
- 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@mjluneville.fr

DATE : / / 2020

SIGNATURE :



<h1 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2020</h1>	<p>1 – ENFANT</p> <p>NOM: _____</p> <p>PRÉNOM: _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE: _____</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/></p>
---	--

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
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT polio		BCG	
Ou 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: