



Photographie
de l'enfant

FICHE D'INSCRIPTION 2020 / 2021

VAC'ADOS – FÉVRIER 2021

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 | 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

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 : / / 2021

SIGNATURE :

NOM & PRÉNOM DE L'ENFANT :

MODALITÉS D'INSCRIPTION

Réservation indispensable. **Ouverture des inscriptions : jeudi 4 février 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 22/02 AU 26/02	OUI	NON
DU 01/03 AU 05/03	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. Une cuisine est accessible pour maintenir les plats au frais et/ou les faire chauffer.

TARIFS

- **Adhésion obligatoire** (1 fois par saison et par personne)
- **Semaine 1** : Tarif normal : 40 € | Tarif chantier : 20 € | réduction CAF ATL possible
Repas tirés du sac. Goûters offerts.
- **Semaine 2** : Tarif normal : 40 € | Tarif chantier : 20 € | réduction CAF ATL possible
Repas tirés du sac. Goûters offerts.

<i>Rayez les mentions inutiles</i>	SEMAINE DU 22/02 AU 26/02	SEMAINE DU 01/03 AU 05/03
Adhésion - de 18 ans	6 €	
Adhésion + de 18 ans	10 €	
Si non, déjà adhérent : « Quartier Jeunes » ou autre activité :		
Tarif normal	40 €	40 €
Tarif chantier	20 €	20 €
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

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

DATE : / / 2021

SIGNATURE :

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné,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.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

OBSERVATIONS

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