



Photographie  
de l'enfant

# FICHE D'INSCRIPTION 2020 / 2021

## VAC'ADOS – AUTOMNE 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	AUTORIS É(E) À VENIR CHERCH ER

## 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 : mercredi 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

<b>DU 25/10 AU 29/10</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<b>DU 01/11 AU 06/11</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>

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 : 45 € | Tarif chantier : 25 € | réduction CAF ATL possible

Repas tirés du sac. Goûters offerts.

- **Semaine 2** : Tarif normal : 50 € | Tarif chantier : Gratuit €

<i>Rayez les mentions inutiles</i>	<b>SEMAINE DU 25/10 AU 29/10</b>	<b>SEMAINE DU 1/11 AU 6/11</b>
<b>Adhésion - de 18 ans</b>	6 €	
<b>Adhésion + de 18 ans</b>	10 €	
<b>Si non, déjà adhérent : « Quartier Jeunes » ou autre activité : .....</b>		
<b>Tarif normal</b>	45 €	50 €
<b>Tarif chantier</b>	25 €	0 €
<b>Réduction CAF - ATL</b>	..... €	..... €
<b>SOUS-TOTAL</b>	Semaine 1 = ..... €	Semaine 2 = ..... €
<b>TOTAL</b>	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
- Passe sanitaire pour les enfants de 12 ans et plus

### 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 :** ..... / ..... / 2021

**SIGNATURE :**



<b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</b>	<b>1 - ENFANT</b>
	NOM : _____
	PRÉNOM : _____
	DATE DE NAISSANCE : _____ GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

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

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 ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES :** ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES.....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**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**

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