



Photographie
de l'enfant

FICHE D'INSCRIPTION 2022 / 2023

VAC'ADOS AUTOMNE 2022

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 avec quotient familial

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

Mon enfant sait-il nager ?

OUI | NON

Mon enfant est-il à l'aise dans le milieu aquatique ?

DÉBUTANT | INTERMÉDIAIRE | AVANCÉ

Je soussigné(e) déclare avoir pris connaissance des tarifs (dont adhésion obligatoire) et des modalités d'inscription (voir page suivante).

DATE : / / 2022

SIGNATURE :

NOM & PRÉNOM DE L'ENFANT :

MODALITÉS D'INSCRIPTION

Réservation indispensable. **Ouverture des inscriptions : lundi 3 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 24/10 AU 28/10	OUI	NON
DU 31/10 AU 04/11	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 : 45 € | Tarif chantier : 25 € | réduction CAF ATL possible
Repas tirés du sac. Goûters offerts.
- **Semaine 2** : Tarif normal : 130 € | Tarif chantier : 80 € | réduction CAF ATL possible

<i>Rayez les mentions inutiles</i>	SEMAINE DU 24 AU 28/10	SEMAINE DU 24 AU 28/10
Adhésion - de 18 ans	6 €	
Adhésion + de 18 ans	10 €	
Si non, déjà adhérent : « Quartier Jeunes » ou autre activité :		
Tarif normal	45,00 €	130,00 €
Tarif chantier	25,00 €	80,00 €
Réduction CAF - ATL € * € *
SOUS-TOTAL	Semaine 1 = € *	Semaine 2 = € *
	<i>* Réduction Aide aux Temps Libre possible</i>	
TOTAL	Semaine 1 + Semaine 2 = €	

PIÈCES À PRÉSENTER

- Dossier d'inscription complet
- Attestation CAF (ATL)
- Fiche sanitaire de liaison complétée (valable 1 an)
- Certificat d'aptitude à la vie en collectivité qui atteste que les vaccins obligatoires de votre enfant sont à jour (valable 1 an)

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 06.24.53.79.37 ou sur jeunesse@mjcluneville.fr

DATE : / / 2022

SIGNATURE :



MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
cerfa

Code de l'Action Sociale et des Familles

N° 10008*02

<h2 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h2> <p style="font-size: 1.2em; margin: 10px 0;">2022/2023</p>	<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 SUR VOTRE ENFANT
ELLE SERA DETRUIE EN FIN D'ANNEE SCOLAIRE.**

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé et fournir une copie ou fournir une attestation de votre médecin).

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		BCG	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		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**? 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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	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

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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON	
-----	--

OCCASIONNELLEMENT	
-------------------	--

OUI	
-----	--

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON	
-----	--

OUI	
-----	--

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la directrice de l'accueil de loisirs ou à défaut son adjointe à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :