



Photographie
de l'enfant

FICHE D'INSCRIPTION 2022 / 2023

VAC'ADOS FÉVRIER 2023

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

Mon enfant sait-il skier ?

OUI | NON

DÉBUTANT | INTERMÉDIAIRE | AVANCÉ

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

DATE : / / 2023

SIGNATURE :

NOM & PRÉNOM DE L'ENFANT :

MODALITÉS D'INSCRIPTION

Réservation indispensable. **Ouverture des inscriptions : lundi 30 janvier 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 13/02 AU 17/02 | OUI | NON |
| DU 20/02 AU 24/02 | 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 avec frigos et micro-ondes est accessible.

TARIFS

| <i>Rayez les mentions inutiles</i> | SEMAINE DU 13 AU 17/02 | SEMAINE DU 20 AU 24/02 |
|--|--|-------------------------------|
| Adhésion - de 18 ans | 6 € | |
| Adhésion + de 18 ans | 10 € | |
| Si non, déjà adhérent : « Quartier Jeunes » ou autre activité : | | |
| Tarif sans chantiers – QF < 1200 | 45 € | 140 € |
| Tarif avec chantiers – QF < 1200 | 25 € | 90 € |
| Tarif sans chantiers – QF > 1200 | 50 € | 160 € |
| Tarif avec chantiers – QF > 1200 | 30 € | 110 € |
| Réduction CAF – ATL | - € * | - € * |
| SOUS-TOTAL | Semaine 1 = € * | Semaine 2 = € * |
| TOTAL | Semaine 1 + Semaine 2 = € | |

PIÈCES À PRÉSENTER

- Dossier d'inscription complet
- Attestation CAF (ATL et/ou Quotient Familial). Si aucune attestation CAF du quotient familial n'est fournie, le tarif « > à 1200 » sera automatiquement appliqué.
- 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) ou copie du carnet de santé.

Semaine 2 uniquement :

- Autorisation de sortie du territoire complétée (*Cerfa n° 15646*01*).
- Copie de la pièce d'identité valide du mineur : carte d'identité ou passeport.
- Copie d'un justificatif d'identité du parent signataire (carte d'identité recto-verso ou passeport. Le justificatif d'identité doit être valide ou périmé depuis moins de 5 ans).

DATE : / / 2023

SIGNATURE :

L'équipe d'animation se tient à votre disposition
au 06.24.53.79.37 ou sur jeunesse@mjcluneville.fr



MINISTRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

cerfa

Code de l'Action Sociale et des Familles

N° 10008*02

| | |
|---|--|
| FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2022/2023 | 1 – ENFANT |
| | NOM : _____ |
| | PRÉNOM : _____ |
| | DATE DE NAISSANCE : _____ |
| | GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/> |

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 | oui | non | 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**? 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

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 :