



Photographie
de l'enfant
pour les
nouveaux inscrits

FICHE D'INSCRIPTION 2022 / 2023

VAC'ADOS – ÉTÉ 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 :

QUOTIENT FAMILIAL entre 0 et 1 500 € : OUI | NON

QUOTIENT FAMILIAL + de 1 500 € : OUI | NON

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

J'autorise l'association à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse, affichage, médias numériques, etc) .

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 : / / 2023

SIGNATURE :

NOM & PRÉNOM DE L'ENFANT :

MODALITÉS D'INSCRIPTION

Dossier complet et règlement indispensable pour valider l'inscription.

TEMPS DE PRÉSENCE

Semaine du 10/07 au 13/07 (S1)	OUI	NON
Séjour du 17/07 AU 21/07 (S2)	OUI	NON
Semaine du 24/07 au 28/07 (S3)	OUI	NON
Séjour du 31/07 au 04/08 (S4)	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 TIRÉ DU SAC

La cuisine est accessible pour maintenir les plats au frais et/ou les faire chauffer.

TARIFS

<i>Entourez vos choix</i>	SEMAINE S1	SÉJOUR S2	SEMAINE S3	SÉJOUR S4
Adhésion	6 € (- de 18 ans) ou 10 € (+ de 18 ans)			
Si non, déjà adhérent : « Quartier Jeunes » ou autre activité :				
Tarif sans chantiers	40 €	/	45 €	/
Tarif avec chantiers	20 €	/	25 €	/
Tarif Séjour sans chantiers	/	150 €	/	150 €
Tarif Séjour avec chantiers Si QF supérieure à 1500 €	/	100 €	/	100 €
Tarif Séjour avec chantiers Si QF inférieure à 1500 €	/	60 €	/	60 €
Réduction CAF - ATL	-.....€	-.....€	-.....€	-.....€
SOUS-TOTAL € € € €
TOTAL €			

PIÈCES À PRÉSENTER

- Dossier d'inscription complet.
- Attestations CAF ATL
- Attestation CAF Quotient familial.
- Fiche sanitaire de liaison complétée (valable 1 an).
- Certificat d'aptitude à la vie en collectivité : vaccins obligatoires à jour (valable 1 an).
- Attestation d'aptitude pour les activités physique et sportive.
- Test d'aisance aquatique à effectuer auprès d'un maître-nageur.

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 nous contacter au 06.24.53.79.37 ou sur jeunesse@mjcluneville.fr

DATE : / / 2023

SIGNATURE :



MINISTÈRE 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 DETRUITE 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 <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	VARICELLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ANGINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OTITE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OREILLONS <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

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 :