

LE JEUNE

Nom : Prénom :

Sexe : ☐ féminin ☐ masculin Date de naissance :

Téléphone portable du jeune/...../...../...../.....

Projet d'Accueil Individualisé : *Si votre enfant souffre d'une maladie chronique ou d'allergies alimentaire, un P.A.I. devra être fourni lors de l'inscription.*

Projet d'Accueil Individualisé : ☐ oui ☐ non

Allergie alimentaire ☐ oui ☐ non : à préciser
.....

Problème médical à signaler ☐ oui ☐ non : à préciser

LA FAMILLE

Situation des parents : ☐ vie maritale ☐ mariés ☐ pacsés ☐ monoparentale ☐ séparés/divorcés

Si les parents sont séparés ou divorcés, garde de l'enfant : ☐ mère ☐ père ☐ alternée

RESPONSABLE LEGAL 1

☐ mère ☐ père

Nom :
Prénom :
Adresse :

Profession :
Employeur :
Tél travail :
Tél portable :

RESPONSABLE LEGAL 2

☐ mère ☐ père

Nom :
Prénom :
Adresse :

Profession :
Employeur :
Tél travail :
Tél portable :

E-mail servant à correspondre avec la famille :

N° allocataire CAF :

Quotient familial CAF en cours :

Régime allocataire : ☐ CAF ☐ MSA ☐ Autre

Nom de l'allocataire :

Nombre d'enfants total :

Nombre d'enfants à charge :

AUTORISATIONS

- Je soussigné autorise mon enfant à partir seul du Club Ados à la fin des activités programmées (à partir de 18h) : ☐ oui ☐ non
- J'autorise le responsable et les équipes encadrantes à prendre toutes les mesures nécessaires et à mettre en place les procédures d'urgence : ☐ oui ☐ non
- J'autorise mon enfant à être photographié pour le bulletin municipal, site internet ou le Facebook de la ville ou autres supports illustrant les temps d'animation : ☐ oui ☐ non
- J'autorise mon enfant à être transporté à l'occasion des sorties extérieurs prévues par le centre de loisirs « Club Ados » : ☐ oui ☐ non
- J'autorise mon enfant à participer aux activités extérieures au centre de loisirs « Club Ados » : ☐ oui ☐ non

TARIFICATION DE LA STRUCTURE

		QF 1	QF 2	QF 3	QF 4	QF 5	QF 6
		450 < QF	451 < QF < 660	661 < QF < 765	766 < QF < 1000	1001 < QF < 1500	QF > 1500
BEYNOLANS	Adhésion annuelle individuelle	5 €					
	½ journée au local	3 €	4 €	5 €	6 €	7 €	8 €
	Sortie extérieure à la ½ journée	5 €	6 €	7 €	8 €	9 €	10 €
	Journée complète	10 €	11 €	12 €	13 €	14 €	15 €
	Soirée au local	1 €	2 €	3 €	4 €	5 €	6 €
EXTERIEURS	Adhésion annuelle individuelle	10 €					
	½ journée au local	6 €	7 €	8 €	9 €	10 €	11 €
	Sortie extérieure à la ½ journée	9 €	10 €	11 €	12 €	13 €	14 €
	Journée complète	15 €	16 €	17 €	18 €	19 €	20 €
	Soirée au local	2 €	3 €	4 €	5 €	6 €	7 €

DOCUMENTS A JOINDRE AU DOSSIER

- ☐ Attestation du quotient CAF
- ☐ Attestation d'assurance scolaire (Année scolaire 2021-2022)
- ☐ Copie des vaccinations (pages 90 à 93 du carnet de santé de l'enfant)
- ☐ Si prélèvement automatique, un RIB du compte à débiter, accompagné d'un mandat SEPA (téléchargeable sur le site de la commune)

VALIDATION DE L'INSCRIPTION

Je soussigné(e) : _____, responsable légal de l'enfant :

- Atteste l'exactitude des renseignements portés sur la présente fiche d'inscription et m'engage à signaler tout changement de situation ou de coordonnées.
- Déclare avoir pris connaissance et accepter les conditions du règlement de fonctionnement du centre de loisirs « Club Ados » disponible auprès du service Education ainsi que sur le site internet de la ville (www.beynost.fr).

Fait à _____, le _____
Signatures

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON****1 – ENFANT**

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

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	
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 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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	

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) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

MAIRIE DE BEYNOST – SERVICE EDUCATION ANIMATION JEUNESSE
ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT CLUB ADOS BEYNOST
04 78 55 83 47 / 06 95 38 85 98 - jeunesse@ville-beynost.fr

Cachet de l'organisme	Observation :
	
	
	
	
	