



DOSSIER D'INSCRIPTION
JEUNESSE ET VIE DES QUARTIERS

(UNE FICHE PAR ENFANT)

Coller ici
une photo
(Obligatoire)

| |
|--|
| Nom : |
| Prénom : |
| Date de naissance : / / <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon |
| Lieu de naissance : |

Autorise mon enfant à rentrer seul à la fin des activités OUI NON

PERE

MERE

Exercice de l'autorité parentale oui non

Exercice de l'autorité parentale oui non

Nom
Prénom
Adresse
.....
.....
Tél domicile
Tél portable
Employeur
.....
Tél Prof.
Adresse mail

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

Autres personnes à contacter en cas d'urgence et autorisées à venir chercher l'enfant

Lien avec l'enfant :

Nom :

Prénom :

Tél dom. , tél port. :

Lien avec l'enfant :

Nom :

Prénom :

Tél dom. , tél port. :

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

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

J'inscris mon enfant à :

- Maisons de Quartier (6-12 ans) Jacques Prévert Jules Verne
- Club Franquin (11-17 ans)



DOSSIER D'INSCRIPTION
JEUNESSE ET VIE DES QUARTIERS

Pièces à fournir pour la constitution du dossier :

Maisons de Quartier :

- Attestation d'assurance extra-scolaire
- La fiche enfant, en sélectionnant les activités souhaitées pour l'année
- Copie vaccins carnet de vaccination
- Autorisation parentale pour les activités des maisons de quartier.

| | Prix plancher | Prix plafond | 1 enfant | 2 enfants | 3 enfants | 4 enfants et + | non achérois |
|--|-----------------------------------|----------------|---------------|---------------|---------------|----------------|---------------|
| Journée et mercredi avec repas : Maisons de quartier, | 2,27 € | 12,32 € | 0,324% | 0,270% | 0,216% | 0,162% | 14,78€ |
| ½ journée sans repas | 1,13 € | 2,96 € | 0,078% | 0,065% | 0,052% | 0,039% | 3,54€ |
| Prestations extérieures stage, séjours | 50 % du coût de l'activité | | | | | | |

Club Franquin :

- Attestation d'assurance extra scolaire
- Règlement intérieur signé,
- Copie des pages de vaccination du carnet de santé
- Brevet de natation (facultatif)
- Certificat médical de non contre-indication à la pratique de plongée subaquatique et de parachutisme ascensionnel (facultatif)

| | |
|---|-----------------------------------|
| Prestations extérieures stage, séjours | 50 % du coût de l'activité |
|---|-----------------------------------|

L'inscription sera enregistrée à réception du dossier complet et sera validée lors d'un rendez-vous entre un membre de l'équipe d'animation, les parents (ou le représentant légal) et le jeune. Une présentation de la structure et de son fonctionnement sera faite à cette occasion.



1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

| VACCINS OBLIGATOIRES | | | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| | oui | non | | | |
| Diphthérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| Ou DT polio | | | | Autres (préciser) | |
| Ou 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

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou le séjour ? Oui non

Si oui, pour les séjours, 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.

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| RUBÉOLE | VARICELLE | ANGINE | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ | 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 MEDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES
REGIME ALIMENTAIRE :

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

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

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

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



DOSSIER D'INSCRIPTION
JEUNESSE ET VIE DES QUARTIERS

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....
.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

.....

4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui non

Autorisation de transport en véhicule de service et car municipal ou de location : oui non

Autorisation d'être photographié et/ou filmé dans le cadre des activités pour diffusion sur les supports municipaux : oui non

*Je soussignée,responsable
légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe
d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation,
intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions
d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*

Date :

Signature :



FICHE D'INSCRIPTION
JEUNESSE ET VIE DES QUARTIERS

Année scolaire 2021 - 2022

FICHE FAMILLE

MAISONS DE QUARTIER

Responsable 1

Responsable 2

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Date de naissance : / /

Tél portable :

Tél portable

Adresse mail

Adresse

.....

Enfant 1 Nom : Prénom :

Date de naissance :

Enfant 2 Nom : Prénom :

Date de naissance :

Enfant 3 Nom : Prénom :

Date de naissance :

Enfant 4 Nom : Prénom :

Date de naissance :

Enfant 5 Nom : Prénom :

Date de naissance :

Enfant 6 Nom : Prénom :

Date de naissance :