

ACCUEIL DE MINEURS DE MUSSEY VAL D'ORNAIN

Bulletin d'inscription : **Merci de remplir complètement et lisiblement cette fiche !**

CENTRE DE LOISIRS du 11 JUILLET AU 05 Août 2022

Enfants âgés de 4 ans à 12 ans

NOM-Prénom de l'enfant : _____

Date et lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Adresse internet : _____

NOM-Prénom des parents	Organisme versant vos prestations familiales	Quotient familial*	
Père :			
Mère :		MSA :	CAF

Calcul du quotient familial = (revenus annuels 2020/nombre de parts/12)

DATES DE FONCTIONNEMENT DE L'ACCUEIL DE MINEURS

N°1 – du lundi 11 juillet au vendredi 15 juillet	... OUI <input type="checkbox"/>	...NON <input type="checkbox"/>	REPAS	... OUI <input type="checkbox"/>	...NON <input type="checkbox"/>
N°2 - du lundi 18 juillet au vendredi 22 juillet	... OUI <input type="checkbox"/>	...NON <input type="checkbox"/>		... OUI <input type="checkbox"/>	...NON <input type="checkbox"/>
N°3 - du lundi 25 juillet au vendredi 29 juillet	... OUI <input type="checkbox"/>	...NON <input type="checkbox"/>		... OUI <input type="checkbox"/>	...NON <input type="checkbox"/>
N°4 - du lundi 01 août au vendredi 05 août	OUI <input type="checkbox"/>	...NON <input type="checkbox"/>		... OUI <input type="checkbox"/>	...NON <input type="checkbox"/>

Avez-vous besoin d'un justificatif (CE, ...) OUI ...NON

INSCRIPTIONS ET REGLEMENTS

Le bulletin d'inscription, accompagné du paiement (pour les chèques, à l'ordre de la F.O.L) et originaux des bons vacances (MSA, CAF) sont à rendre à l'inscription. Les chèques CESU sont refusés. Fournir impérativement les originaux des justificatifs délivrés par la CAF et la MSA. Sans présentation de ces bons, à l'inscription, le tarif le plus élevé sera appliqué.

Grille de tarifs :

Tarif semaine 5 jours					
	Familles Val d'Ornain	Familles Gr Scolaire	Familles Extérieures	+ Repas 5 Jours	ATL CAF
QF 0 - 550	47.00 €	57.00 €	64.00 €	23.00 €	40.00 €
QF 551 - 800	46.00 €	56.00 €	63.00 €	23.00 €	35.00 €
QF > 800	45.00 €	55.00 €	62.00 €	23.00 €	-

Tarif semaine 4 jours					
	Familles Val d'Ornain	Familles Gr Scolaire	Familles Extérieures	+ Repas 4 Jours	ATL CAF
QF 0 - 550	38.00 €	48.00 €	55.00 €	19.00 €	32.00 €
QF 551 - 800	37.00 €	47.00 €	54.00 €	19.00 €	28.00 €
QF > 800	36.00 €	46.00 €	53.00 €	19.00 €	-

VOTRE PARTICIPATION

	Tarif Semaine	Tarif repas		Déduction C.A.F		Votre participation
Semaine 1 4 jrs			-		=	
Semaine 2 5 jrs			-		=	
Semaine 3 5 jrs			-		=	
Semaine 4 5 jrs			-		=	
					TOTAL	

Règlement : Chèque n°

Espèces :

Chèques vacances :

La participation de votre enfant au centre, implique tacitement l'autorisation de prises de vue et de publications des photos ou vidéos sur lesquelles apparait votre enfant, sur les différents supports de communication de la collectivité (site internet, blog, journaux communautaires etc....).

Si vous vous y opposez, cochez la case suivante

Madame / Monsieur / Responsable légal de l'enfant

- déclare avoir pris connaissance de l'intégralité du règlement intérieur, m'engage à le respecter et informer le responsable de tout changement lié au fonctionnement de l'ACM.
- autorise mon enfant inscrit à participer aux activités organisées par le centre (sauf contre-indication médicale à signaler sur la fiche sanitaire de liaison)
- procède au règlement à l'ordre de la Fédération des Œuvres Laïques en même temps que l'inscription.

A..... LE

Signature du responsable légal :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON

FILLE

CETTE FICHE EST OBLIGATOIRE

ELLE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ET ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ

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

JOINDRE LA PHOTOCOPIE DES PAGES DU CARNET DE VACCINATION (obligatoire)

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 DEJA 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 AIGÜ 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 MEDICAMENTEUSES 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 DENTAIRE, ETC...PRÉCISEZ.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM / PRENOM :

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) :

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

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :

BUREAU :AUTRE (PRÉCISER) :

.....

NOM / ADRESSE ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT :

.....

NUMERO DE SECURTIE SOCIALE :

N° D'ALLOCATAIRE CAF (si QF < 700) :

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.

Date :

Signature :