

Accueil Adolescents – CAP'ORN 2025

Dispositif ouvert du 07/07/2025 au 14/08/2025 - Inscription pour les Ados âgés de 11 à 17 ans :

Remplir lisiblement cette fiche d'inscription Recto/Verso, chaque information est obligatoire pour l'inscription.

Date Butoir pour inscription : 01/07/2025

Identité	Nom	Prénom	Date et Lieu de Naissance
Ados			
Parent 1			Quotient Familial :
Parent 2			A Entourer : CAF ou MSA
Adresse :			
Tél :	Mail :	Facture : Oui / Non	

Tarification : Passeport à la semaine :

	QF	Tarif par semaine	Bon ATL à Déduire	Reste à charge
Habitant Agglo	0 à 550	10	8	2
	551 à 800	12	7	5
	801 à 1000	12	-	12
	+ de 1000	14	-	14
Habitant hors Agglo	0 à 550	15	8	7
	551 à 800	15	7	8
	801 à 1000	15	-	15
	+ de 1000	16	-	16

Mon ado sera inscrit : (case à cocher)

Cocher Si Présent	Période :	Votre Tarif	Votre Bon ATL	Reste à charge par semaine
	S1 : du 07 au 11 juillet 2024 *			
	S2 : du 15 au 18 juillet 2024 *			
	S3 : du 21 au 25 juillet 2024 *			
	S4 : 28 juillet au 01 août 2024 *			
	S5 : du 04 au 08 août 2024 *			
	S6 : du 11 au 14 août 2024 *			
			TOTAL :	

1 bon CAF est déduit par semaine, Bons à fournir avec l'inscription (CAF et MSA)

* attention une participation supplémentaire pourra être demandé pour certaines sorties demandant des transports conséquents. (Participation maximum de 20€)

AUTORISE votre enfant à repartir seul :

OUI

NON

(précisez comment si « NON »)

Règlement : A fournir à l'inscription ! Espèce, Chèque vacances, Chèque à l'ordre suivant : « FOL 55 »

(Les chèques CESU sont refusés.)

Type de Règlement :	Chèque n°.....	Espèces	Chèque Vacances
Indiquer le montant :			



Accueil Adolescents – CAP'ORN 2025

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

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS ¹	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

¹ Obligatoire pour les mineurs nés après le 1^{er} janvier 2018. SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES ☐ oui ☐ non
MEDICAMENTEUSES ☐ oui ☐ non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : ☐ oui ☐ non
Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé, si oui préciser** ☐ oui ☐ non

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4- RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

Numéro de sécurité sociale / MSA dont dépend l'enfant :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare **exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser** si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :



AUTORISATION POUR LE DROIT A L'IMAGE

Madame, Monsieur,

Votre enfant est inscrit dans un centre de loisirs de la Ligue de l'Enseignement. Au cours du séjour, il/elle sera amené/e à utiliser du matériel audio-visuel (photo, vidéo, informatique et internet) lors des activités. Afin que votre enfant puisse passer un séjour optimal, puisse participer pleinement aux activités audiovisuelles et ramener un merveilleux souvenir de ses vacances, nous vous demandons d'autoriser l'apparition de votre enfant sur support photo, vidéo, informatique et internet, conformément à la législation relative aux droits de la personne photographiée et à l'article 9 du code civil.

Je soussigné/e :

Représentant/e légal de l'enfant :

Demeurant :

.....

Inscrit/e sur le centre :

Du au

> autorise > n'autorise pas (rayer la mention inutile)

L'équipe d'animation et l'organisateur « Ligue de l'enseignement » à utiliser dans le cadre du séjour organisé par la Ligue de l'Enseignement 55 :

- ☐ L'image et la voix de mon enfant sur support photographique, vidéo et informatique.
- ☐ L'image de mon enfant pour la présentation des activités et l'illustration des centres de loisirs blog, page Facebook).

Fait à

Signature du représentant légal

Le