

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS
ANNEE SCOLAIRE 2024-2025**

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

RESPONSABLE LEGAL 2

mère père

Nom :

Prénom :

Adresse :

Profession :

Employeur :

Tél travail :

Tél portable :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Profession :

Employeur :

Tél travail :

Tél portable :

E-mail servant à correspondre avec la famille (**OBLIGATOIRE**) :

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 mon enfant à être photographié pour le bulletin municipal, site internet, 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
- 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

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 datant de moins de 3 mois ;
- Attestation d'assurance scolaire (pour l'année scolaire en cours) ;
- Copie du carnet des vaccinations ;
- Mandat SEPA dûment complété et signé accompagné d'un RIB du compte bancaire à prélever (si prélèvement automatique).

VALIDATION DE L'INSCRIPTION

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

- Atteste l'exactitude des renseignements portés sur la présente fiche de renseignements 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 Jeunesse ainsi que sur le site internet de la ville (www.beynost.fr).

Fait à, le

Signature



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.

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

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

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

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)

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 ENFANCE JEUNESSE
ACM **CLUB ADOS BEYNOST**
04 78 55 83 47 / 06 95 38 85 98 / jeunesse@ville-beynost.fr

Cachet organisme :

Observation :
