



Héning-Beaumont

Fiche d'inscription Centre d'Animation Jeunesse

2021 - 2022

Photo
obligatoire

Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3	Tarif 4
<input type="checkbox"/> HB QF ≤ 1400	<input type="checkbox"/> HB QF > 1400	<input type="checkbox"/> Ext QF ≤ 1400	<input type="checkbox"/> Ext > 1400

ADOLESCENT

Nom : Prénom : Sexe :

Né(e) le : Lieu de naissance : Age :

Département : Nationalité :

Collège Lycée

Nom et lieu :

Téléphone portable : Mail :

FAMILLE

Responsable légal

Monsieur Madame Mademoiselle

Nom marital : Prénom :

Nom de jeune fille :

Qualité : Père – Mère – Grand-père – Grand-mère – Assistant(e) Familial(e)

Autres (préciser) :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Mail parents :

Personne à prévenir en cas d'urgence, autre que le responsable légal: (préciser le nom, prénom, adresse complète, numéro de téléphone et lien avec l'adolescent) :

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

COORDONNÉES DES PARENTS

Situation de famille : Marié(e) Vie maritale Divorcé(e)
 Veuf (ve) Célibataire Pacsé(e)

Père		Mère	
Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
Date de naissance		Date de naissance	
Lieu de naissance		Lieu de naissance	
N° sécurité sociale		N° sécurité sociale	
Profession		Profession	
Nom et adresse complète de l'employeur		Nom et adresse complète de l'employeur	
Téléphone du lieu de travail		Téléphone du lieu de travail	
Adresse si différente de la mère		Adresse si différente du père	

Organisme CAF : N° d'allocataire :

Nom de l'assurance : Numéro de contrat :

Nom de la mutuelle : Numéro de contrat :

AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné(e), M. ou Mme, responsable de mon fils/ma fille,

L'autorise, à retourner au domicile familial, non accompagné(e), à partir du CAJ

Ne l'autorise pas, à retourner au domicile familial, non accompagné(e), à partir du CAJ, et permet à M. ou Mme, demeurant

..... (Téléphone)

De venir le/la chercher.

L'autorise à participer à toutes les activités et sorties pratiquées par le CAJ.

Autorise l'organisateur du CAJ à diffuser, le cas échéant, des images de mon enfant (photos, film) pour la communication municipale et celle du CAJ.

Fais-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.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ 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 AIGÛ 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 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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

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**

OBSERVATIONS

INSCRIPTIONS

Modalités

Elles se font :

- Directement au CAJ auprès de l'équipe d'encadrement
- Pendant les heures d'ouverture
- Sur présentation des documents (cf. ci-dessous)
- Après règlement de l'adhésion et / ou de la participation vacances

Centre d'Animation Jeunesse,

Maison Anne Frank, 1^{er} étage

Avenue Brigitte Bardot

03 21 76 99 86 ou 06 31 80 91 43

Documents à présenter :

- Copie de la notification 2022 d'aides aux Temps Libres de la CAF (document vert)
- Copie de l'attestation Vitale et de la Carte Mutuelle
- Copie de l'attestation d'assurance scolaire Formule activité extra-scolaire ou Responsabilité civile
- Copie du carnet de vaccinations régulièrement complété pour les vaccinations obligatoires
- Copie de l'attestation de quotient familial (site de la CAF)
- Le dossier d'inscription rempli et signé par le/la responsable légal(e)

Tarifs pour la période du 1^{er} Janvier 2022 au 31 Août 2022

Tarifs	Situation fiscale	CAF	Adhésion annuelle			
				Prix par semaine	Déduction CAF	Total semaine
Tarif 1	HB QF ≤ 1400	ATL	15,00 euros	27,50 euros	-17 euros	10,50 euros
		NON	15,00 euros	27,50 euros	0,00	27,50 euros
Tarif 2	HB QF > 1400	ATL	20,00 euros	40,00 euros	-17 euros	23,00 euros
		NON	20,00 euros	40,00 euros	0,00	40,00 euros
Tarif 3	Ext QF ≤ 1400	ATL	26,00 euros	55,00 euros	-17 euros	38,00 euros
		NON	26,00 euros	55,00 euros	0,00	55,00 euros
Tarif 4	Ext QF > 1400	ATL	27,00 euros	57,50 euros	-17 euros	40,50 euros
		NON	27,00 euros	57,50 euros	0,00	57,50 euros

***Prix après déduction de l'ATL (Feuille verte CAF)**

		CAMPING/SEMAINE	SORTIES (Parc...)
Tarif 1	HB QF ≤ 1400	15,00 euros	15,00 euros
Tarif 2	HB QF > 1400	15,00 euros	20,00 euros
Tarif 3	Ext QF ≤ 1400	20,00 euros	25,00 Euros
Tarif 4	Ext QF > 1400	20,00 euros	30,00 euros

*Grandes Activités : une participation supplémentaire sera demandée pour les voyages, Parcs d'attractions...

Modalités d'accueil

L'adhésion permet l'accès au CAJ en dehors des vacances scolaires :

- Les vendredis de 16h00 à 19h00
- Les mercredis et samedis de 14h00 à 19h00

La participation vacances permet l'accès au CAJ pendant les vacances :

- Du lundi au vendredi de 09h à 12h, de 12h à 14h et de 14h à 19h
- Campings : avec une participation supplémentaire

