



FICHE D'INSCRIPTION
CENTRE D'ANIMATION DES JEUNES
2016

- Tarif 1** **Tarif 2** **Tarif 3**
0 à 500 € d'impôts + de 500 € d'impôts Extérieurs
(Voir détails en dernière page)

- Périodes :**
- Hiver** : du 08/02 au 12/02 du 15/02 au 19/02
- Printemps** : du 04/04 au 08/04 du 11/04 au 15/04
- Juillet** : du 11 au 15 du 18 au 22 du 25 au 29
- Août** : du 01 au 05 du 08 au 12 du 16 au 19
- Automne** : du 24/10 au 29/10

ADOLESCENT

Nom : **Prénom :** **Sexe :**

Né(e) le : **Lieu de Naissance :** **Age :**

Département : **Nationalité :**

Collège Lycée

Nom et Lieu :

FAMILLE

RESPONSABLE LEGAL

Monsieur Madame Mademoiselle

Nom marital : **Prénom :**

Nom de jeune fille :

Qualité : Père – Mère – Grand-père – Grand-mère – Autres : (préciser) :

Adresse :

Code Postal : **Ville :**

Tél. Domicile : **Tél. portable :**

Tél. portable jeune :

Mail parents :

Mail jeunes :

Personne à prévenir en cas d'urgence : (préciser le nom, prénom, l'adresse complète et le téléphone)

.....

.....

COORDONNEES DES PARENTS

SITUATION DE FAMILLE :

- Marié(e) Vie maritale Divorcé(e)
 Veuf (ve) Célibataire

<u>Père</u>		<u>Mère</u>	
Nom :		Nom de jeune fille :	
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 :	
Tél. du lieu de travail :		Tél. du lieu de travail :	

CAF : (Département) N° d'allocataire : Quotient Familial :

Nom de l'assurance : N° de contrat :

(Photocopie de l'attestation d'assurance à joindre)

Nom de la mutuelle : N° 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

(tél. :) de venir le 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

Fait le :

Signature :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____
 PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

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				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

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)

.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ

.....

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

CAJ

Parking Léo Lagrange
(Derrière la Piscine)
Tél. : 03.21.76.99.86

Documents à présenter :

- Copie de la notification **2016** de l'Aides aux Temps Libres de la CAF (document vert) et le n° de CAF
- 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'avis d'imposition ou de non-imposition sur les revenus de l'année 2014.
- Le dossier d'inscription rempli et signé par le(a) responsable légal(e)

Tarifs

TARIFS 2013	SITUATION FISCALE	SITUATION CAF	ADHESIONS ANNUELLES	PARTICIPATION VACANCES		
				Prix par semaine	déduction CAF	Total semaine (ATL déduite)
Tarif 1	0 à 500 € d'impôts	ATL	15,00	25,00	17,00	8,00
		NON	15,00	11,00	0,00	11,00
Tarif 2	+ de 500 € d'impôts	ATL	20,00	30,00	17,00	13,00
		NON	20,00	15,00	0,00	15,00
Tarif 3	extérieurs	ATL	25,00	40,00	17,00	23,00
		NON	25,00	30,00	0,00	30,00

MODALITES D'ACCUEIL

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

- Les Mardi, Jeudi et Vendredi : de 16h à 19h
- Les Mercredi et Samedi : de 14h à 19h

LA PARTICIPATION VACANCES permet l'accès au CAJ pendant les vacances :

- Du Lundi au Vendredi : de 10h à 12h et de 14h à 19h
- Campings : avec participation supplémentaire (15€/semaine)

