



Aide à l'inscription

(Toute inscription non soldée avant le centre aéré sera considérée comme nulle)

Centre aéré : « Animations de Noël »

Nom et prénom de l'enfant _____

3- 5 ans

6 -12 ans

○ INSCRIPTIONS : (à la semaine)

Présence 1^{er} semaine

Mercredi 27 décembre

Jeudi 28 décembre

Vendredi 29 décembre

Présence 2^{ème} semaine

Mercredi 3 janvier

Jeudi 4 janvier

Vendredi 5 janvier

Quotient familial : D'après Revenu 2015 :

TARIF :	Moins de 251	de 251 à 400	de 401 à 550	de 551 à 700	plus de 701
Florange :	4 €	4,5 €	5,50 €	6 €	6,50 €
Extérieur :	5,50 €	6 €	6,50 €	7,50 €	8 €

Nbre d'AM	Tarif	Sous total	CM 2017-2018 (12 €)	Total ACM

○ REGLEMENT

Espèces

Chèque bancaire

Chèque ANCV

• Pièces à fournir (seulement pour les enfants qui n'ont pas participé aux centres aérés de juillet /aout et toussaint 2017)

1. Fiche individuelle de renseignements ci jointe à compléter et à signer
2. Fiche sanitaire ci jointe à compléter et à signer
3. Copie Avis d'imposition 2016 (revenu 2015) ou/et attestation de rémunérations du Luxembourg 2015
4. Copie attestation assurance responsabilité civile

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS 2017/2018

Centre aéré

Nom, prénom de l'enfant : Né(e) le :

Adresse de l'enfant :

Lieu de naissance : _____ Pays de naissance : _____

Nationalité : _____

LES REPAS, LES GOUTERS

Quel est le régime alimentaire de votre enfant ?

repas normal repas sans porc repas sans viande autres, précisez _____

POUR INFORMATION

* Si votre enfant n'est pas autorisé à manger de porc, la viande sera remplacée par un autre aliment (viande de volaille, oeufs, poissons, etc....)

* Si votre enfant ne mange pas de viande, la viande sera remplacé par du poisson

* Si votre enfant suit un régime alimentaire, veuillez nous contacter, afin que nous puissions en discuter.

Allergies :

Recommandations des parents :

DEPART DE VOTRE ENFANT DU COMPLEXE DE BETANGE (départ entre 17h et 18h)

Votre enfant est-il autorisé à rentrer seul du Complexe de Bétange, ou de l'arrêt du bus , à votre domicile ?

OUI NON

Si non, nom de la ou des personnes autorisée(s) à venir le chercher Mère Père Autres personnes (à préciser)

Nom/Prénom	Lien de parenté	N°Téléphone	Adresse

Accueil du matin (7h30-10h00) OUI NON

Si oui à quelle heure pensez-vous l'emmener : _____

TRAJET TRAFFIC :

Votre enfant prendra-t-il le trafic ? Oui Non Si oui à quel arrêt : _____

LES ACTIVITES SPORTIVES

Votre enfant est-il autorisé à pratiquer toutes les activités ? OUI NON

SI non, veuillez préciser lesquelles ?

L'enfant sait-il nager ? OUI NON Piscine autorisée : OUI NON

Si votre enfant sait nager 25 mètres fournir l'attestation correspondante.

PARENTS DE L'ENFANT

	Mère <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Responsable <input type="checkbox"/>	Père <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Responsable <input type="checkbox"/>
Nom, Prénom :						
Adresse du domicile :						
Date de naissance :						
Tél. Domicile/Portable :						
Courriel :						
Situation familiale :						
N° Sécurité sociale :						
Catégorie socioprof. :						

Nom de jeune fille de la maman : _____

 Famille : Parentale Monoparentale Recomposée
Situation de famille : Marié(e) Pascé(e) Concubin(e) Célibataire() Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

N° Allocataire C.A.F. : _____

 C.A.F. d'appartenance : C.A.F. DE LA MOSELLE Autre C.A.F. _____
NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS

	Mère	Père
Nom employeur :		
Adresse de l'employeur :		
Téléphone Travail :		
Profession parents :		

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE

Nom de la compagnie : N°Téléphone N°Contrat :

Date d'échéance du contrat d'assurance responsabilité civile : _____

AUTORISATION PHOTOS
 Pendant le centre aéré , j'autorise le personnel de l'association à photographier et à filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives et à utiliser ces supports pour la diffusion dans la presse locale, sur notre site internet et lors de nos manifestations : oui non

SI LORS DE VOTRE SEJOUR VOTRE ENFANT RENCONTRE UN PROBLEME, N'HESITEZ PAS A VENIR NOUS EN PARLER. NOUS NOUS RENDRONS DISPONIBLE POUR EN DISCUTER
Document complété ou vérifié et signé le :

Centre aéré "OCTOBRE" 2017 _____

Animations de Noël 2017 _____

Centre aéré "FEVRIER" 2018 _____

Centre aéré "AVRIL" 2018 _____

Centre aéré "JUILLET" 2018 _____

Centre aéré "AOUT" 2018 _____

MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
FICHE SANITAIRE de LIAISON 2017-2018

Enfant :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le Service Enfance Jeunesse. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations) *(copies carnet de santé à fournir)*

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq				BCG	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.
 Attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

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 ALLERGIES ET LES MALADIES SUIVANTES ?

ALLERGIES :

ASTHME	oui	non
ALIMENTAIRES	oui	non
MÉDICAMENTEUSES	oui	non
AUTRES (animaux, plantes, pollen)	oui	non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir (si automédication le signaler)**.

.....

.....

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ? oui non

.....

.....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme Articulaire aigu	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"/>	

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne :

.....

.....

4- RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM : PRENOM :
 TEL DOMICILE : TEL. TRAVAIL : TEL PORTABLE :

NOM et TEL. du MÉDECIN TRAITANT (facultatif) :

N° Sécurité Sociale (dont dépend l'enfant): (Obligatoire)

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.
 J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature du responsable légal :