



Aide à l'inscription

(toute inscription non soldée avant le centre aéré ne pourra pas être prise en compte)

Centre aéré printemps 2018

« De la conception à la fabrication de jeux d'antan, jeux sportifs et jeux de société »

➤ Nom et prénom de l'enfant _____

➤ L'enfant a-t-il déjà participé à un centre aéré pour la saison 2017/2018 OUI NON

ACM « toussaint 2017 »

ACM « hiver 2018 »

(si oui, ne pas remplir les documents suivants, dossier déjà existant).

(si l'enfant n'est pas venu ACM Hiver, fournir les pièces complémentaires (Impôts revenus 2016 + aides diverses)

➤ Groupe d'âge

3- 5 ans

6 -12 ans

• Inscription : (3 jours minimum par semaine)

Date	Accueil (7h30 – 9h30) (+1€70)	Journée (9h30 - 18h Max)	Après-midi (14h - 18h Max)	Bus (Forfait 7,50 € par semaine)
Lundi 23 avril 2018	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mardi 24 avril 2018	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mercredi 25 avril 2018	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jeudi 26 avril 2018	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vendredi 27 avril 2018	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lundi 30 avril 2018	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mardi 1 ^{er} mai 2018	FERIE			
Mercredi 2 mai 2018	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jeudi 3 mai 2018	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vendredi 4 mai 2018	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

• Nom de l'arrêt de bus le plus proche de chez vous _____

• Personne à contacter : Nom, Prénom et numéro de téléphone

Pièces à fournir pour inscription au centre aéré
(du 1/01/2018 au 31/12/2018)

Dossier « sanitaire » complété et signé (joindre les copies des vaccins)

Fiche de renseignements individuels (recto, verso, complétée et signée)

Avis d'imposition 2017, (d'après les revenus 2016)

Attestation de rémunération du Luxembourg 2016

Attestation responsabilité civile de l'enfant

Aides diverses :

○ Bon Mairie

○ Bon CAF 2018

○ Formulaires CE

Autres

○ _____

○ _____

○ _____



Petite Charte pour les Parents qui ont inscrit leur(s) enfant(s) au Centre Aéré de Bétange¹

Nous sommes heureux d'accueillir votre enfant (vos enfants) sur le site du Centre Aéré de Bétange. Ils vont y vivre de merveilleux moments de rencontres, de partage, de jeux, d'activités sportives, de visites, de plaisir sous la houlette d'une équipe d'animateurs dynamiques, engagés, responsables et compétents.

Pour le « **Bien Vivre Ensemble** », tous les participants (enfants et adultes) doivent respecter les règles de la vie en groupe : des règles concernant la politesse, la civilité, le respect, la sécurité, l'hygiène, la propreté, l'entraide...

Nous vous serions reconnaissant de lire les quelques points suivants, d'en parler avec votre enfant pour qu'il passe de beaux moments de vacances en notre compagnie.

Rappelez-lui l'importance :

- De dire « Bonjour », « S'il te plaît » et « Merci »...
- D'être respectueux de lui-même, des autres et des choses.
- D'écouter et de respecter les consignes données tout au long de la journée.
- De ne pas venir au Centre Aéré avec son téléphone portable, ses jeux vidéo, sa tablette et autres. Cette mesure vise non seulement des vols, des pertes ou de la casse mais elle vise surtout le fait que le Centre Aéré est un espace du vivre et du jouer ensemble ! *Si vous avez un message urgent à faire passer à votre enfant, le numéro 03-82-57-39-85 est à votre disposition !*
- De venir au Centre Aéré dans une tenue en rapport avec les activités (chapeau/casquette, lunettes de soleil, bottes, KWay,...). Attention par exemples aux boucles d'oreilles...
- D'être à l'heure pour le début des activités. C'est important pour le travail des animateurs et l'organisation des journées... Il est également important de venir le rechercher à l'heure prévue pour la fin des activités. Si votre enfant ne peut pas venir, alors qu'il est inscrit, merci d'avertir le Centre Aéré dans les plus brefs délais !
- De dire au plus vite à son animateur ou à un autre responsable du Centre Aéré, s'il a un petit souci, un petit problème... Et, si votre enfant revient à la maison préoccupé, triste, en colère n'hésitez pas à nous appeler.
- Et surtout d'avoir du PLAISIR !

En cas de non respect de ces règles pour « Bien Vivre le Centre Aéré de Bétange », nous nous engageons à vous appeler au plus vite afin d'en parler ensemble...

D'avance merci de votre collaboration et de votre aide.

Centre Social «La Moisson » 41 rue de l'Argonne 57190 FLORANGE

L'équipe de direction et d'animation

MINISTERE 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 MEDECIN 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 :**

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 (7h30-9h30) 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 :						
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 _____