



Aide à l'inscription

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

Centre aéré : printemps 2024

➤ Nom et prénom de l'enfant _____

➤ Groupe d'âge

3- 5 ans

6 -12 ans

• Inscription : (inscription à la semaine)

| Date | Accueil (7h30 – 9h30) (+1€70) | Journée (A partir de 9h30 à 18h Max) | Après-midi (A partir de 13h30 à 18h Max) |
|-----------------------------------|----------------------------------|--|--|
| Lundi 22 avril 2024 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mardi 23 avril 2024 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mercredi 24 avril 2024 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeudi 25 avril 2024 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vendredi 26 avril 2024 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lundi 29 avril 2024 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mardi 30 avril 2024 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mercredi 1 ^{er} mai 2024 | FERIE | | |
| Jeudi 2 mai 2024 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vendredi 3 mai 2024 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

Pièces à fournir pour inscription au centre aéré

(du 1/01/2024 au 31/12/2024)

- Dossier « sanitaire » complété et signé. Nous transmettre obligatoirement la copie des vaccins.

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

- Copie de l'avis d'imposition 2023, (d'après les revenus 2022)

- Copie de l'attestation de rémunération du Luxembourg 2022

- Copie de l'attestation responsabilité civile de l'enfant à jour

- Aides diverses :
 - Bon Mairie
 - Bon CAF 2024
 - Formulaires CE



Fiche individuelle de renseignements 2023-2024

CENTRE AERE

Nom et Prénom de l'enfant : _____ Né(e) le _____

Adresse de l'enfant : _____

Lieu de naissance : _____ Pays de naissance : _____

Nationalité : _____

LES REPAS-LES GOÛTERS

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, œufs, poissons...)

* Si votre enfant ne mange pas de viande, la viande sera remplacée 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 CENTRE AERE (départ entre 17h et 18h)

Votre enfant est-il autorisé à rentrer seul du centre aéré à votre domicile ? OUI NON

Si vous ne l'y autorisez pas, veuillez inscrire ci-dessous le nom de chaque personne autorisée, mère et père compris

| Nom/Prénom | Lien de parenté | N° de téléphone | Adresse |
|------------|-----------------|-----------------|---------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

ACCUEIL DU MATIN (7h30-9h30)

Automne OUI NON si OUI à quelle heure pensez-vous l'emmener : _____

Hiver OUI NON si OUI à quelle heure pensez-vous l'emmener : _____

Printemps OUI NON si OUI à quelle heure pensez-vous l'emmener : _____

Juillet OUI NON si OUI à quelle heure pensez-vous l'emmener : _____

Août OUI NON si OUI à quelle heure pensez-vous l'emmener : _____

LES ACTIVITES SPORTIVES

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

Si non précisez lesquelles ? _____

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

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

COMPOSITION DU FOYER

| | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Responsable de l'enfant | <input type="checkbox"/> Adulte 1 | <input type="checkbox"/> Adulte 2 |
| Nom et prénom | | |
| Lien de parenté (père, mère, belle-mère, beau-père, tuteur(trice)) | | |
| Adresse du domicile | | |
| Téléphone du domicile /Portable | | |
| Catégorie socio/ professionnelle ou profession | | |
| Courriel | | |

Famille parentale monoparentale recomposé

Situation de famille : *Marié(e) Pacsé(e) Concubin(e) Célibataire(e) Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)*

N° Allocataire CAF _____ Père ou Mère

CAF d'appartenance CAF de la Moselle Autres :

Assurance responsabilité civile (Joindre copie attestation assurance)

Nom de la compagnie : _____ Date de validité : _____

Autorisation Photos

Pendant le centre aéré, j'autorise le personnel de l'association à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives et j'autorise l'association à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse locale, site internet, affiches...) et lors de manifestations

OUI NON

**Si lors de votre séjour votre enfant rencontre un problème, n'hésitez pas à venir nous en parler !
Nous nous rendrons disponible pour en discuter.**

Document complété ou vérifié et signé le

| | Fiche complétée et/ou vérifiée le | Signature |
|----------------------------|-----------------------------------|-----------|
| Centre aéré automne 2023 | | |
| Centre aéré hiver 2024 | | |
| Centre aéré printemps 2024 | | |
| Centre aéré juillet 2024 | | |
| Centre aéré août 2024 | | |

Accord Protection des données personnelles et médicales en date du _____

Mise à jour 20 septembre 2023 (C)



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

Copie du carnet de santé à fournir obligatoirement

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 |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphthérie | | | | 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)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné,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.

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

OBSERVATIONS

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



Charte pour les parents qui ont inscrits leur(s) enfant(s) au Centre aéré à La Moisson

Nous sommes heureux d'accueillir votre enfant (vos enfants) au Centre Aéré installé sur le site du Péricolaire « Bout'en Train » rue de L'Argonne (petites vacances) ou sur le site de Bétange (rue de l'Etoile) (grandes vacances) à Florange. 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 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 mail il vise surtout le fait que le Centre aéré est un espace du vivre ensemble et du jouer ensemble ! Si vous avez un message à faire passer à votre enfant le numéro **07-85-77-42-49** est à votre disposition ! »
- De venir au Centre Aéré dans une tenue en rapport avec les activités (chaussures/casquette, lunettes de soleil, bottes, Kway...) Attention par exemple aux boucles d'oreilles et autres bijoux....
- 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 parvenir, 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 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 en parler.
- Et surtout d'avoir du PLAISIR !
- En cas de non-respect de ces règles pour « *Bien vivre le Centre Aéré* », 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