

FICHE D'INSCRIPTION 2022/2023



Les fiches d'inscription et sanitaire sont à refaire tous les ans avant l'été.

Accueil de Loisirs Intercommunal du Pays de Quintin

Renseignements enfants

Nom et Prénom de l'enfant :

Date de Naissance :

Classe :

Nom et Prénom de l'enfant :

Date de Naissance :

Classe :

Nom et Prénom de l'enfant :

Date de Naissance :

Classe :

Nom et Prénom de l'enfant :

Date de Naissance :

Classe :

Renseignements

Père : Nom et Prénom :

Adresse : Commune :

Tél : Email :

Mère : Nom et Prénom :

Adresse : Commune :

Tél : Email :

OBLIGATOIRE

MSA : Quotient Familial :

Ou CAF : Quotient Familial :

Je certifie exacts les renseignements portés sur la fiche de renseignements.

Je décharge les responsables de la M.J.C. de toutes responsabilités en cas d'accident qui pourrait survenir en dehors des horaires prévus pour l'activité

Les TARIFS de l'accueil de loisirs 3-11 ans

Tarifs	Tranche de Quotient familial	Journée (repas compris)
Tarif 1	QF \leq 559	9,50 €
Tarif 2	559 < QF \leq 1000	11,50 €
Tarif 3	1001 \leq QF \leq 1260	13,50 €
Tarif 4	QF > 1260	14,50 €

Les TARIFS de l'accueil de loisirs 11-17 ans

Tarifs	Tranche de Quotient familial	Participation Mensuelle
Tarif 1	QF \leq 559	9 €
Tarif 2	559 < QF \leq 1000	11 €
Tarif 3	1001 \leq QF \leq 1260	13 €
Tarif 4	QF > 1260	15 €

Le tarif des activités dépendra de leur nature et ira ainsi de 0 € à 15 €

Les TARIFS des séjours

Tarifs	Tranche de Quotient familial	Par jour
Tarif 1	QF \leq 559	21 €
Tarif 2	559 < QF \leq 1000	23 €
Tarif 3	1001 \leq QF \leq 1260	24 €
Tarif 4	QF > 1260	25 €

Dans ces tableaux, reportez-vous à la tranche qui correspond à votre quotient familial

Pour que le tarif qui vous concerne soit appliqué au 1^{er} janvier 2022, vous devez fournir obligatoirement auprès du service Enfance/Jeunesse de la MJC du Pays de Quintin :

- Votre numéro d'allocataire CAF
- ou l'attestation de Quotient Familial (délivré par la CAF),
- ou l'attestation de Quotient Familial (délivré par la MSA)
- l'avis d'imposition de l'année 2022 sur les revenus 2021 (Uniquement pour les personnes qui ne sont pas ressortissants du régime CAF ou MSA)

Attention : si vous ne fournissez pas la pièce justificative demandée, le tarif maximum vous sera facturé.

Date et signature

Autorisation parentale

Je soussigné(e)

Madame, Monsieur
père, mère, tuteur, tutrice

De l'enfant

Né(e) le

Adresse

Téléphone

Téléphone
(Joignable dans la journée)

E-mail

Après avoir consulté l'information diffusée aux familles concernant l'organisation de l'accueil, j'inscris mon enfant à l'Accueil de Loisirs Intercommunal de Pays de Quintin organisé par la MJC (3-17 ans) pour l'année 2022/2023.

Autorise mon enfant pendant cette période :	Oui	Non
➤ à pratiquer les activités proposées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ à circuler dans les véhicules mis à disposition par l'association et d'éventuels transports collectifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autorise la directrice de l'ALSH :

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ➤ à faire soigner mon enfant susnommé et à prendre toutes mesures, y compris l'hospitalisation, nécessitées par son état de santé, selon les prescriptions du corps médical consulté. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ à diffuser l'image de mon enfant dans le cadre d'une exposition ou d'une activité audiovisuelle (Journal numérique, affichages au centre de loisirs ou à la MJC) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ M'engage à respecter le protocole sanitaire mis en place par la MJC | | |

Je m'engage à ne pas amener mon enfant à l'accueil de loisirs s'il est contact, si sa classe est fermée pour cause de COVID, s'il est fiévreux ou s'il a les signes d'une maladie contagieuse. Je m'engage à transmettre à la MJC tout changement me concernant (adresse, téléphone ...) ou concernant mon enfant (modification de la fiche sanitaire) pour l'année 2022/2023

**Déclare avoir pris connaissance avec mon enfant du règlement intérieur des ALSH
et de la MJC du Pays de Quintin**

Vacados (11-17 ans)	Oui	Non
➤ Autorise la Directrice de l'ALSH à diffuser ponctuellement l'image de mon enfant sur les réseaux sociaux (Facebook, Instagram, Snapchat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Autorise mon enfant à rentrer seul après l'activité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fait à _____

le _____

Signature

Accueil de loisirs intercommunal du Pays de Quintin Année 2022 /2023



L'ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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

1 – 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				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

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou 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.

A titre indicatif 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 MEDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....
.....

4- ACTIVITES SPORTIVES ET BAINADES

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui non

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM :

ADRESSE.....

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 l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :