

FICHE D'INSCRIPTION 2023/2024



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

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

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

Tarifs	Tranche de Quotient familial	Journée (repas compris)
Tarif 1	QF ≤ 559	9,50 €
Tarif 2	559 < QF ≤ 1000	11,50 €
Tarif 3	1001 ≤ QF ≤ 1260	14,00 €
Tarif 4	1261 ≤ QF ≤ 1500	15,00 €
Tarif 5	QF > 1501	16,00 €

Les TARIFS DES MERCREDIS de l'accueil de loisirs 3-11 ans :

Tarifs	Tranche de Quotient familial	1/2 journée sans repas	1/2 journée avec repas	Journée (repas compris)
Tarif 1	QF ≤ 559	4,75 €	8,25 €	9,50 €
Tarif 2	559 < QF ≤ 1000	5,75 €	9,25 €	11,50 €
Tarif 3	1001 ≤ QF ≤ 1260	7,00 €	10,50 €	14,00 €
Tarif 4	1261 ≤ QF ≤ 1500	7,50 €	11,00 €	15,00 €
Tarif 5	QF > 1501	8,00 €	11,50 €	16,00 €

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

Tarifs	Tranche de Quotient familial	Participation Mensuelle
Tarif 1	QF ≤ 559	9 €
Tarif 2	559 < QF ≤ 1000	11 €
Tarif 3	1001 ≤ QF ≤ 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 ≤ 559	21 €
Tarif 2	559 < QF ≤ 1000	23 €
Tarif 3	1001 ≤ QF ≤ 1260	24 €
Tarif 4	1261 ≤ QF ≤ 1500	25 €
Tarif 5	QF > 1501	26 €

Pour que le tarif qui vous concerne soit appliqué au 1^{er} janvier 2023, 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 2023 sur les revenus 2022 (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 2023/2024.

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 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 2023/2024

**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 2023 /2024



L'ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON

FILLE

1 – VACCINATIONS

L'enfant doit être vacciné (sauf contre-indication médicale reconnue) pour pouvoir être admis en collectivité d'enfants (ALSH et/ou camps). L'admission d'un mineur selon l'une des modalités prévues à l'article R. 227-1 est subordonnée à la présentation d'un document attestant de sa situation au regard des obligations vaccinales conformément aux dispositions de l'article R. 3111-8 du code de la santé publique. Les parents peuvent présenter un certificat attestant du respect de l'obligation prévue à l'article L. 3111-2, à savoir que l'enfant est à jour de ses vaccinations.

Ils peuvent également présenter le carnet de santé comme justificatif de la réalisation des vaccinations obligatoires.

Enfant né avant 2018 : Les vaccinations obligatoires sont les suivantes : la primo vaccination diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP).

Enfant né à partir de 2018 : Les 11 vaccinations obligatoires sont les suivantes, pour les bébés et les enfants : Diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP), Coqueluche, Infections invasives à Haemophilus influenzae de type B, Hépatite B, Infections invasives à pneumocoque, Méningocoque de sérotype C, Rougeole, oreillons et rubéole.

Je fournis : - Un certificat médical de mon médecin attestant du respect de l'obligation vaccinale

Ou - Une copie du carnet de santé de mon enfant

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 donné sans ordonnance.

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	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"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non
 ALIMENTAIRES oui non

MEDICAMENTEUSES 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 :

Merci de joindre à ce formulaire sous enveloppe cachetée toute information d'ordre médical importante (dont contre-indications, pathologies spécifiques etc) pour la prise en charge médicale de votre enfant. Couverte par le secret médical, celle-ci sera transmise exclusivement aux services d'urgences ou aux professionnels de santé.

Vous devrez compléter/actualiser ces informations en cas de changement et nous les transmettre à nouveau sous enveloppe cachetée. Ces documents vous seront rendus en fin d'année ou en cours d'année si vous quittez la structure.