

# MES LOISIRS TOUTE L'ANNÉE !



## DOSSIER DE PRÉ-INSCRIPTION AU CLUB J

- VACANCES D'ÉTÉ -

Du lundi 10 juillet au vendredi 1<sup>er</sup> septembre 2023

11/15  
ANS

Transmis le : ..... / ..... / .....  
Cadre réservé à l'ARPEJ-Rezé

**Pré-inscriptions du mardi 2 mai au vendredi 12 mai 2023.**

Une réponse vous sera communiquée dès que votre dossier sera traité.

Ce dossier peut être envoyé par **mail** à l'adresse suivante : **contact@arpej-reze.fr**,  
par **courrier postal** ou **déposé dans la boîte aux lettres du siège de l'Association.**

### LE / LA JEUNE

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance de l'enfant : ..... / ..... / .....

Lieu de naissance : .....

Ecole/Collège fréquentée à la rentrée 2023-2024 :  
.....

Classe : .....

### D'INFORMATIONS

Le siège, les Accueils de Loisirs et le Club J  
seront **fermés** le 14 juillet et le 15 août 2023.

**Le Club J sera fermé le lundi 14 août 2023**

L'ARPEJ-Rezé se réserve le droit de **réorganiser** ou  
**d'annuler** l'ouverture d'un Accueil de Loisirs ou du Club J au  
vu du nombre d'inscription.

## LES MODALITÉS DE PRÉ-INSCRIPTION (PIÈCES OBLIGATOIRES)



### TOUT DOSSIER INCOMPLET. NE SERA PAS TRAITÉ

- Une photo récente obligatoire de l'enfant (à coller sur la fiche sanitaire de liaison),
- La fiche sanitaire de liaison remplie (valable 1 an),
- Le courrier déterminant le Quotient Familial (courrier de la mairie), *si aucune inscription depuis septembre 2022 (Attention : le quotient familial est à renouveler, valable du 1<sup>er</sup> septembre 2022 au 31 août 2023),*
- La copie du Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) en cas d'allergie, si problème de santé ou handicap,
  - Engagement des parents, à remplir (si PAI),
  - Ordonnance et traitement datant de moins d'1 an (si PAI),
  - Trousse d'urgence au nom de l'enfant dans un contenant fermé (si PAI, si besoin),
- La copie du jugement en cas de séparation ou de divorce (si non déjà fournie ou changement dans le droit de garde),
- Être à jour de vos règlements.

Je certifie et reconnais avoir pris connaissance des informations communiquées dans ce dossier.

Fait à : .....

Date : ..... / ..... / .....

Signature (précédée de vos noms et prénoms) :

Nom : .....

Prénom : .....

# LE CLUB J

## au mois de juillet



### LES SEMAINES DU 10 AU 28 JUILLET

	Pré-accueil	Matin	Journée	Après-midi
Lundi 10 juillet				
Mardi 11 juillet				
Mercredi 12 juillet				
Jeudi 13 juillet				
Vendredi 14 juillet	Jour férié - Fête Nationale			
Lundi 17 juillet				
Mardi 18 juillet				
Mercredi 19 juillet				
Jeudi 20 juillet				
Vendredi 21 juillet				
Lundi 24 juillet				
Mardi 25 juillet				
Mercredi 26 juillet				
Jeudi 27 juillet				
Vendredi 28 juillet				

Nom : .....

Prénom : .....

# LE CLUB J

## au mois d'août



### LA SEMAINE DU 31 JUILLET AU 1<sup>ER</sup> SEPTEMBRE

	Pré-accueil	Matin	Journée	Après-midi
Lundi 31 juillet				
Mardi 1 <sup>er</sup> août				
Mercredi 2 août				
Jeudi 3 août				
Vendredi 4 août				
Lundi 7 août				
Mardi 8 août				
Mercredi 9 août				
Jeudi 10 août				
Vendredi 11 août				
Lundi 14 août	Fermeture du Club J			
Mardi 15 août	Jour férié - Assomption			
Mercredi 16 août				
Jeudi 17 août				
Vendredi 18 août				
Lundi 21 août				
Mardi 22 août				
Mercredi 23 août				
Jeudi 24 août				
Vendredi 25 août				
Lundi 28 août				
Mardi 29 août				
Mercredi 30 août				
Jeudi 31 août				
Vendredi 1 <sup>er</sup> septembre				



### 1 - PHOTO OBLIGATOIRE

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles lors de l'accueil de l'enfant.

### 2 - LE / LA JEUNE

Nom : ..... Prénom : .....  
 Garçon  Fille Date de naissance de l'enfant : ..... / ..... / .....  
Autorisez-vous votre enfant à partir seul ?  Oui, à partir de ..... h .....  Non  
Si votre enfant à une activité extérieure : autorisez-vous votre enfant à partir seul ?  Oui, à partir de ..... h .....  Non

### 3 - RESPONSABLE LÉGAL 1 DU JEUNE

Nom : .....  
Prénom : .....  
Qualité :  Père  Mère  Beau-père  Belle-mère  
 Autres (précisez) : .....  
Situation familiale :  Marié  Pacsé  Divorcé  
 Concubin  Célibataire  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
Téléphone portable : ..... / ..... / ..... / ..... / .....  
Téléphone professionnel : ..... / ..... / ..... / ..... / .....  
Email : .....  
Profession : .....  
Employeur : .....  
Organisme tiers N°CAF : .....  
N°MSA : .....

### 4 - RESPONSABLE LÉGAL 2 DU JEUNE

Nom : .....  
Prénom : .....  
Qualité :  Père  Mère  Beau-père  Belle-mère  
 Autres (précisez) : .....  
Situation familiale :  Marié  Pacsé  Divorcé  
 Concubin  Célibataire  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
Téléphone portable : ..... / ..... / ..... / ..... / .....  
Téléphone professionnel : ..... / ..... / ..... / ..... / .....  
Email : .....  
Profession : .....  
Employeur : .....  
Organisme tiers N°CAF : .....  
N°MSA : .....

### 5 - EN CAS D'URGENCE : LES PERSONNES A CONTACTER ET AUTORISÉES À VENIR L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....  
Qualité :  Père  Mère  Beau-père  Belle-mère  Autres (précisez) : ..... Téléphone : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Nom : ..... Prénom : .....  
Qualité :  Père  Mère  Beau-père  Belle-mère  Autres (précisez) : ..... Téléphone : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

### 6 - AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e), ..... agissant en qualité de ..... de ..... exerçant l'autorité parentale,

#### COCHEZ LES CASES CI-DESSOUS POUR VALIDATION :

- certifie avoir pris connaissance et accepter sans réserve les conditions générales de service de l'ARPEJ-Rezé,
- déclare être informé(e) du fait que les informations recueillies sont nécessaires à la prise en charge de mon enfant au sein des activités de l'ARPEJ-Rezé et qu'en application de la loi informatique et liberté du 6 janvier 1978 modifiée, je bénéficie d'un droit d'accès de rectification et de suppression des informations transmises,
- certifie que tous les renseignements communiqués dans cette fiche ainsi que sur BL enfance sont exacts. Je m'engage à signaler toute modification survenant en cours de l'année. En outre, je suis informé que toute fausse déclaration est susceptible d'être puni d'une peine d'emprisonnement et d'une peine d'amende conformément aux dispositions des articles L4411-1 et suivants du code pénal. Je suis informé de mon droit d'accès, de rectification et de suppression des informations transmises.
- autorise l'ARPEJ-Rezé à m'adresser un courrier postal et/ou électronique des informations sur les activités de l'ARPEJ-Rezé et déclare être informé du fait que ces données feront l'objet d'un traitement informatique.
- déclare que mon enfant peut suivre toutes les activités proposées, qu'elles soient organisées par l'ARPEJ-Rezé ou confiées à d'autres prestataires, y compris les activités sportives.
- autorise le responsable de l'activité à prendre dans le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales, anesthésies, sorties de l'hôpital) rendues nécessaire par l'état de santé de l'enfant.
- autorise l'ARPEJ-Rezé à reproduire, diffuser, publier et représenter, sans limitation de durée et titre gratuit, les images fixes ou animées ainsi que les sons réalisés dans le cadre des activités de mon enfant sur les supports suivants :
  1. brochures, tracts, journaux, affiches édités par l'ARPEJ-Rezé  Oui  Non
  2. site internet et réseaux sociaux de l'ARPEJ-Rezé  Oui  Non

Fait à : .....

Date : ..... / ..... / .....

Signature (précédée de vos noms et prénoms) :

## 7 - ACCOMPAGNEMENT DE L'ENFANT



Demande de PAI (protocole d'accueil individualisé)  Oui  Non

PAI validé pour l'année scolaire  Oui  Non

L'enfant est-il bénéficiaire de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé AEEH :  Oui  Non

Date de fin de droit : ..... / ..... / ..... Est-il accompagné pour son handicap ?  Oui  Non

Si oui, précisez la nature de son accompagnement : .....  
(une référente de l'ARPEJ-Rezé prendra contact avec vous)

## 8 - VACCINATIONS :

Joindre la copie des vaccins du carnet de santé de l'enfant.

VACCIN OBLIGATOIRE	OUI	NON	DATE DU DERNIER RAPPEL
DT polio ou Tétracoq			..... / ..... / .....

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires : joindre un certificat médical de contre-indication.

## 9 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE JEUNE

Nom du médecin traitant de l'enfant (facultatif) : .....

Numéro du médecin traitant : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Numéro sécurité sociale : ..... / ..... / ..... / ..... / ..... / .....

L'enfant suit-il un traitement médical ?  Oui  Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants, aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

### L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBÉOLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	VARICELLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ANGINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
SCARLATINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	COQUELUCHE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OTITE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OREILLONS <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

### LA SANTÉ DU JEUNE :

ASTHME  Oui  Non

### L'ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES :

ALIMENTAIRES  Oui  Non

MÉDICAMENTEUSES  Oui  Non

AUTRES (animaux, plantes, pollen...)

Précisez la nature : .....

Oui  Non

Précisez et indiquez la cause de l'allergie, la conduite à tenir (si automédication, le signaler), les difficultés de santé en précisant les précautions à prendre (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, rééducation) :

## 10 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

RÉGIME ALIMENTAIRE SPÉCIFIQUE DU JEUNE ?  Oui  Non

REPAS SANS PORC

Oui  Non

REPAS VÉGÉTARIEN (sans poisson)

Oui  Non

L'ENFANT PORTE-T-IL DES LUNETTES ?  Oui  Non

LENTILLES DE CONTACT ?  Oui  Non

PORTEUR D'APPAREIL SPÉCIFIQUE ?

Oui  Non

APPAREIL DENTAIRE

Oui  Non

APPAREIL AUDITIF

Oui  Non

APPAREIL AUDITIF AÉRATEUR

Oui  Non

LA JEUNE FILLE EST-T-ELLE REGLÉE ?  Oui  Non

AUTRES RECOMMANDATIONS : .....