



MES LOISIRS TOUTE L'ANNÉE !

DOSSIER DE PRÉ-INSCRIPTION AU CLUB J

- PÉRIODE SCOLAIRE 2023/2024 -

Du mercredi 6 septembre 2023 au mercredi 3 juillet 2024

11/15
ANS

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

Pré-inscriptions du lundi 19 juin au vendredi 7 juillet 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.**

L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance de l'enfant : / /

Lieu de naissance :

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

Classe:



+ D'INFORMATIONS

Si votre enfant a un PAI ou une intolérance alimentaire, merci de remplir le document «Engagement des parents» qui se trouve sur notre site internet :

Rubrique → Inscriptions et
Club J - période scolaire 2023/2024

Vous y trouverez également des informations complémentaires à ce sujet.

LES MODALITÉS PRÉ-INSCRIPTION

LES 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 2023 (Attention : le quotient familial est à renouveler, valable du 1^{er} septembre 2023 au 31 août 2024),*

- 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) :

LES MERCREDIS APRÈS-MIDI

AU CLUB J



Nés de 2012 à 2008

Nom de l'enfant :
Prénom de l'enfant :
Date de naissance : / /

Pour avoir connaissance des activités réalisées durant les mercredis, nous postons régulièrement des photos sur nos réseaux sociaux.

Facebook : Club J Instagram : clubj_arpej

COCHEZ LES CASES CORRESPONDANTES À VOS SOUHAITS :

	1/2 JOURNÉES SANS REPAS
Mercredi 6 septembre	
Mercredi 13 septembre	
Mercredi 20 septembre	
Mercredi 27 septembre	
Mercredi 4 octobre	
Mercredi 11 octobre	
Mercredi 18 octobre	
VACANCES D'AUTOMNE - DU 23 OCTOBRE AU 3 NOVEMBRE 2023	
Mercredi 8 novembre	
Mercredi 15 novembre	
Mercredi 22 novembre	
Mercredi 29 novembre	
Mercredi 6 décembre	
Mercredi 13 décembre	
Mercredi 20 décembre	
VACANCES DE FIN D'ANNÉE - DU 25 DÉCEMBRE 2023 AU 5 JANVIER 2024	
Mercredi 10 janvier	
Mercredi 17 janvier	
Mercredi 24 janvier	
Mercredi 31 janvier	
Mercredi 7 février	
Mercredi 14 février	
Mercredi 21 février	
VACANCES D'HIVER - DU 26 FÉVRIER AU 8 MARS 2024	
Mercredi 13 mars	
Mercredi 20 mars	
Mercredi 27 mars	
Mercredi 3 avril	
Mercredi 10 avril	
Mercredi 17 avril	
VACANCES DE PRINTEMPS - DU 22 AVRIL AU 3 MAI 2024	
Mercredi 8 mai	FÉRIÉ - VICTOIRE 1945
Mercredi 15 mai	
Mercredi 22 mai	
Mercredi 29 mai	
Mercredi 5 juin	
Mercredi 12 juin	
Mercredi 19 juin	
Mercredi 26 juin	
Mercredi 3 juillet	
VACANCES D'ÉTÉ - À PARTIR DU LUNDI 8 JUILLET 2024	



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) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
PAI validé pour l'année scolaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'enfant est-il bénéficiaire de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé AEEH : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Date de fin de droit : / / Est-il accompagné pour son handicap ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	MÉDICAMENTEUSES <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
AUTRES (animaux, plantes, pollen...) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez la nature :

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 ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
REPAS SANS PORC <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	REPAS VÉGÉTARIEN (sans poisson) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

L'ENFANT PORTE-T-IL DES LUNETTES ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	LENTILLES DE CONTACT ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	--

PORTEUR D'APPAREIL SPÉCIFIQUE ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
APPAREIL DENTAIRE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	APPAREIL AUDITIF <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	APPAREIL AUDITIF AÉRATEUR <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

LA JEUNE FILLE EST-T-ELLE REGLÉE ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--

AUTRES RECOMMANDATIONS :