



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

MES LOISIRS TOUTE L'ANNÉE !

DOSSIER DE PRÉ-INSCRIPTION AUX ACCUEILS DE LOISIRS

- PÉRIODE SCOLAIRE 2023/2024 -

Du mercredi 6 septembre 2023 au mercredi 3 juillet 2024

3/10
ANS

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 :

Garçon Fille

Date de naissance de l'enfant : / /

Lieu de naissance :

Ecole 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
Accueils de Loisirs - 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

EN ACCUEIL DE LOISIRS

3/5 ANS Nés de 2020 à 2018

6/10 ANS Nés de 2017 à 2013

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

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

 Facebook : ARPEJ-Rezé  Instagram : arpejreze

COCHEZ LES CASES CORRESPONDANTES À VOS SOUHAITS :

	1/2 JOURNÉES AVEC REPAS	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 - L'ENFANT

Nom : Prénom :
Date de naissance de l'enfant : / /
Autorisez-vous votre enfant à partir seul ?

3 - RESPONSABLE LÉGAL 1 DE L'ENFANT

Nom : Prénom :
Qualité : Père, Mère, Beau-père, Belle-mère, Autres
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 DE L'ENFANT

Nom : Prénom :
Qualité : Père, Mère, Beau-père, Belle-mère, Autres
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
Téléphone : / / / /

Nom : Prénom :
Qualité : Père, Mère, Beau-père, Belle-mère, Autres
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...
certifie que tous les renseignements communiqués dans cette fiche ainsi que sur BL enfance sont exacts...
autorise l'ARPEJ-Rezé à m'adresser un courrier postal et/ou électronique des informations sur les activités de l'ARPEJ-Rezé...
déclare que mon enfant peut suivre toutes les activités proposées, qu'elles soient organisées par l'ARPEJ-Rezé ou confiées à d'autres prestataires...
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
2. site internet et réseaux sociaux de l'ARPEJ-Rezé

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
	PAI validé pour l'année scolaire <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	
Date de fin de droit : / / Est-il accompagné pour son handicap ? <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 L'ENFANT

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 DE L'ENFANT :

ASTHME <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 DE L'ENFANT ? <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

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	LA JEUNE FILLE EST-ELLE REGLÉE ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	--

AUTRES RECOMMANDATIONS :