

MES LOISIRS TOUTE L'ANNÉE !



DOSSIER DE PRÉ-INSCRIPTION POUR LES STAGES JEUNES

- PREMIÈRE SEMAINE DES VACANCES DE PRINTEMPS 2024 -

Du lundi 22 février au vendredi 26 avril 2024

11/13
ANS

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

Pré-inscriptions du lundi 8 avril au jeudi 18 avril 2024.

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
Accueils de Loisirs - petites vacances scolaires

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 VACANCES DE PRINTEMPS

CLUB J

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

PETITE NOUVEAUTÉ : Le Club J se diversifie !

Durant la première semaine des vacances de printemps, le Club J propose pour les 11/15 ans, des stages à la Robinière sous différentes thématiques :

SPORTS EXTÉRIEURS - REPORTER RADIO

Ils se dérouleront du lundi 22 au vendredi 26 avril 2024. Les stages se feront sur les 5 après-midis de 13h30 à 18h00 (départ et arrivée sur les quatre CSC de Rezé, ou par vos propres moyens directement à la Robinière). Engagement sur les 5 demi-journées avec un temps fort le jeudi 25 avril et un grand pique-nique le vendredi 26 avril 2024.

COCHEZ LE STAGE SOUHAITÉ POUR LA PREMIÈRE SEMAINE :

Sports extérieurs Reporter radio

LIEU DE DÉPART ET D'ARRIVÉE DE MON ENFANT :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 CSC Château | <input type="checkbox"/> 2 CSC Ragon |
| <input type="checkbox"/> 3 CSC Loire et Seil | <input type="checkbox"/> 4 CSC Jaunais-Blordière |
| <input type="checkbox"/> 5 Accueil de Loisirs Robinière | |

LES LIEUX DE DÉPART ET D'ARRIVÉE - LES 2 CSC DE REZÉ -



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...)
 Oui 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 ? 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 :