

Les Marmousets – Aprem’Ados (de 15 à 17 ans)

NOUVEAU : vous pouvez inscrire votre enfant via le portail famille : <https://lesmarmousets.connecthys.com>

L’inscription de votre enfant se fait **uniquement à la semaine**.

Pour valider l’inscription de votre enfant, il est nécessaire de nous retourner les documents suivants par mail marmousets51490@hotmail.com ou directement dans la boîte aux lettres de la mairie de Beine-Nauroy :

- **Dossier d’inscription complet** comprenant :
 - Fiche 1 – Inscription
 - Fiche 1bis – Cantine
 - Fiche 2 – Fiche de renseignements
 - Fiche 3 – Autorisations de sorties
 - Fiche 4 – Autres autorisations
 - Fiche 5 – Fiche sanitaire de liaison
- **La photocopie du carnet de vaccinations** de l’enfant
- **L’attestation d’assurance responsabilité civile** de l’enfant

Si vous avez déjà inscrit votre enfant(s) à l’accueil de loisirs des mercredis ou des autres vacances au cours de l’année, merci de ne pas remplir les Fiches 2 ,3, 4, et 5 (sauf si changement à nous signaler).

❖ HORAIRES

- **Déjeuner** : De 12h00 à 14h00 (restauration possible sur place)
- **Après-midi** : De 14h00 à 18h00

❖ GRILLE TARIFAIRE

	BEINE-NAUROY			EXTÉRIEUR		
	CAF QF < 700	CAF QF > 700	MSA	CAF QF < 700	CAF QF > 700	MSA
Semaine 5 jours (sans repas)	58,50€	65,00€	78,00€	72,00€	80,00€	95,00€
Semaine 4 jours avec 1 jour férié (sans repas)	46,80€	52,00€	62,40€	57,60€	64,00€	76,00€
Mini-camp (tout inclus)	270,00€	300,00€	340,00€	315,00€	350,00€	390,00€
Repas	4,30€ le repas – Tout repas commandé sera facturé					
Cotisation annuelle	10€ par année civile (du 01/01 au 31/12)					

INSCRIPTION – Les Marmousets – Aprem’Ados ÉTÉ 2024

NOM DE L'ENFANT :	_____
PRENOM DE L'ENFANT:	_____
DATE DE NAISSANCE :	_____
ÂGE :	_____
GARÇON : <input type="checkbox"/> FILLE : <input type="checkbox"/>	

RAPPEL – L'inscription de votre enfant se fait uniquement à la semaine.

INSCRIPTIONS – DU 08 AU 26 JUILLET 2024

<u>Inscription</u>	<u>Mode(s) de paiement</u>
<input type="checkbox"/> Semaine du 08 au 12 juillet 2024 (5 jours)	<input type="checkbox"/> Espèces : €
<input type="checkbox"/> Semaine du 15 au 19 juillet 2024 (5 jours)	<input type="checkbox"/> Chèque : €
<input type="checkbox"/> Semaine du 22 au 26 juillet 2024 (mini-camp)	<input type="checkbox"/> Chèque-vacances : €
<input type="checkbox"/> Nb de repas :	<input type="checkbox"/> Virement : €
	TOTAL : €

Fait à :

Le :

Signature précédée des mentions
« Lu et approuvé, bon pour inscription »

CANTINE – Les Marmousets – Aprem’Ados ÉTÉ 2024 2024

Mettre une croix dans la ou les cases correspondantes. **Tout repas commandé sera facturé.**

SEMAINE 1 : DU 08 AU 12 JUILLET 2024						
PRÉNOM NOM ENFANT	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	TOTAL jours
		PIQUE-NIQUE		PIQUE-NIQUE	/ 3

SEMAINE 2 : DU 15 AU 19 JUILLET 2024						
PRÉNOM NOM ENFANT	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	TOTAL jours
		PIQUE-NIQUE		PIQUE-NIQUE	/ 3

FICHE DE RENSEIGNEMENTS – Les Marmousets – Aprem’Ados – 2023/2024

Si vous avez déjà inscrit votre enfant(s) à l'accueil de loisirs des mercredis ou des autres vacances au cours de l'année, merci de ne pas remplir les Fiches 2 ,3, 4, et 5 (sauf si changement à nous signaler).

NOM DE L'ENFANT :	_____
PRENOM DE L'ENFANT:	_____
DATE DE NAISSANCE :	_____
ÂGE :	_____
GARÇON : <input type="checkbox"/>	FILLE : <input type="checkbox"/>

Informations sur les représentants légaux :

REPRÉSENTANT LÉGAL 1	REPRÉSENTANT LÉGAL 2
Qualité : <input type="checkbox"/> Père / <input type="checkbox"/> Mère / <input type="checkbox"/> Autre :	Qualité : <input type="checkbox"/> Père / <input type="checkbox"/> Mère / <input type="checkbox"/> Autre :
Prénom Nom :	Prénom Nom :
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tél fixe :	Tél fixe :
Tél portable :	Tél portable :
Tél travail :	Tél travail :
RÉGIME D'ALLOCATION – A remplir obligatoirement	RÉGIME D'ALLOCATION – A remplir obligatoirement
CAF / MSA / Autre :	CAF / MSA / Autre :
N° CAF/ N° MSA :	N° CAF/ N° MSA :

ASSURANCE DE L'ENFANT (fournir le justificatif)	
Responsabilité civile : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Accident : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Compagnie d'assurance :	N° police d'assurance :
Adresse de la compagnie d'assurance :	

AUTORISATIONS DE SORTIES – Les Marmousets – Aprem'Ados – 2023/2024

NOM DE L'ENFANT :	_____
PRENOM DE L'ENFANT:	_____
ÂGE :	_____

**En plus des responsables légaux, personnes à contacter en cas d'urgence et/ou autorisées à reprendre l'enfant.
Une pièce d'identité peut être demandée.**

Nom :	Prénom :	Lien avec l'enfant :
Adresse :		
Téléphone fixe :	Téléphone portable :	Téléphone professionnel :
Personne à appeler en cas d'urgence : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> / Personne autorisée à reprendre l'enfant : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
Nom :	Prénom :	Lien avec l'enfant :
Adresse :		
Téléphone fixe :	Téléphone portable :	Téléphone professionnel :
Personne à appeler en cas d'urgence : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> / Personne autorisée à reprendre l'enfant : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
Nom :	Prénom :	Lien avec l'enfant :
Adresse :		
Téléphone fixe :	Téléphone portable :	Téléphone professionnel :
Personne à appeler en cas d'urgence : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> / Personne autorisée à reprendre l'enfant : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
Nom :	Prénom :	Lien avec l'enfant :
Adresse :		
Téléphone fixe :	Téléphone portable :	Téléphone professionnel :
Personne à appeler en cas d'urgence : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> / Personne autorisée à reprendre l'enfant : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		

Départ de votre enfant du centre de loisirs

Si vous souhaitez que votre enfant reparte seul du centre, cochez cette case :

AUTRES AUTORISATIONS – Les Marmousets – Aprem'Ados – 2023/2024

Je (nous) soussigné (e-ons),

Responsable(s) légal (aux) de l'enfant

Autorise (ons) :

Veillez cocher votre choix :	OUI	NON
Le transport de mon enfant dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs		
La prise de photos de notre enfant lors des activités scolaires, périscolaires et extrascolaires, ainsi que ses productions (dessins, peintures, écritures, productions sonores, modelages...) et à utiliser ces images à des fins pédagogiques		
La diffusion aux familles des participants des photos et des vidéos prises lors des différents accueils (ou réalisation d'un CD ou DVD avec toutes les photographies de l'année)		
Le journal l'UNION et les publications amies à photographier notre enfant lors des activités scolaires, périscolaires et extrascolaires afin qu'un article soit publié à des fins pédagogiques		
Mon enfant à participer aux activités physiques et sportives		
Mon enfant à participer aux baignades surveillées		

Fait à :

Le :

Signatures précédées des mentions :
« Lu et approuvé »

FICHE SANITAIRE DE LIAISON – Les Marmousets – Aprem’Ados – 2023/2024

NOM DE L'ENFANT : _____

PRENOM DE L'ENFANT: _____

DATE DE NAISSANCE : _____

ÂGE : _____

GARÇON : **FILLE :**

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Documents à fournir obligatoirement : Copie des vaccins

Mettre une croix dans la case correspondante (effectué / non effectué) et renseigner la date associée.

VACCINS OBLIGATOIRES	EFFECTUÉ	NON EFFECTUÉ	DATE DERNIER RAPPEL
Antidiphtérie			
Antitétanique			
Antipoliomyélitique			
Coqueluche			
Haemophilus influenzae de type b			
Hépatite B			
Pneumocoque			
Méningocoque de sérogroupe C			
Contre la rougeole			
Contre les oreillons			
Contre la rubéole			

Si l'enfant n'a pas les **vaccins obligatoires**, merci de nous joindre un certificat médical de contre-indication.

COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Médecin traitant :

Adresse :

Téléphone :

Email

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'accueil de loisirs ? **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 pris sans ordonnance.**

ALLERGIES :

Préciser la cause et la conduite à tenir

ASTHME :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
MÉDICAMENTEUSES :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
ALIMENTAIRES :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
AUTRES :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) en cours : **OUI** **NON**
joindre le protocole et toutes les informations utiles

.....
.....
.....
.....

INDIQUEZ CI-APRÈS LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....
.....

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)

Votre enfant porte-t-il des :

- LUNETTES : **OUI** **NON** (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)
- LENTILLES : **OUI** **NON** (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)
- PROTHÈSES AUDITIVES : **OUI** **NON** (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)
- PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : **OUI** **NON** (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

AUTRES RECOMMANDATIONS – Précisez (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....

.....

.....

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Monsieur / Madame :

Adresse :

.....

.....

Tél. fixe :

Tél. portable :

Tél. bureau :

Je soussigné(e),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 :