



Foyer des Jeunes et d'Education Populaire

Inscription Mercredi et ACM (petites vacances et été)

La fiche de renseignements et l'adhésion sont valables pour une année scolaire
(Septembre 2022 à août 2023)

Enfant

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Allergies alimentaires :
N° allocataire CAF :	Quotient Familial :
Nom du médecin traitant :	Tél du médecin traitant :

Parent 1 ou responsable légal :

Nom :	Prénom :
Rue :	CP et Ville :
Tél portable :	Tél domicile :
Tél employeur :	

Email valide :

.....@.....

A compter de sept 2020, si votre enfant n'est pas présent le dernier mercredi avant les vacances, la facturation sera dématérialisée. Vous la recevrez via l'Email du secrétariat comptable : secretariat@fjep-nm.com, merci de vérifier vos Emails

Parent 2 ou responsable légal :

Nom :	Prénom :
Rue :	CP et Ville :
Tél portable :	Tél domicile :
Tél employeur :	

Email valide :

.....@.....

A compter de sept 2020, si votre enfant n'est pas présent le dernier mercredi avant les vacances, la facturation sera dématérialisée. Vous la recevrez via l'Email du secrétariat comptable : secretariat@fjep-nm.com, merci de vérifier vos Emails

Personnes habilitées à récupérer l'enfant en + des parents ou responsable légal :

Nom	Prénom	Lien de parenté	Téléphone	A prévenir si urgence ?

Pour que l'inscription soit valide et complète, n'oubliez pas de nous faire parvenir en même temps les documents ci-dessous :

- La photocopie du carnet de vaccination.
- Le protocole médical d'utilisation de médicaments si besoin.
- Un document officiel CAF pour le coefficient familial
- L'attestation CAF d'aide aux vacances 2022 pour une inscription en ACM (petite vacances et ETE).

Tournez la page SVP →

PROCOLE CORONAVIRUS

Afin de pouvoir réagir rapidement en cas de contagion, nous avons besoin de connaître le nom de l'école de votre enfant ainsi que sa classe. Nous vous remercions de votre compréhension.

Nom de l'école et classe de votre enfant :

DECHARGE PARENTALE

Pour les parents souhaitant laisser leur enfant rentrer seul (enfant de 10 ans et +)

Je soussigné(e) père, mère, tuteur, détenteur de l'autorité parentale, du droit de garde :

Autorise N'autorise pas

Mon enfant : Nom : Prénom : à rentrer seul à son domicile. Je reconnais avoir été informé(e) que mon enfant sera sous mon entière responsabilité et que le FJEP de Neuves-Maisons décline toute responsabilité dès lors que les parents autorisent leur enfant à rentrer seul.

Date et signature :

AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de notre association, des photos ou vidéos de votre enfant peuvent être utilisées La loi précise que : <L'utilisation et la diffusion de la photographie d'un mineur ne peut être envisagées qu'avec l'autorisation expresse de ses parents ou de son représentant légal>.

Nous sollicitons donc votre autorisation.

Je soussigné(e) :

Responsable de l'enfant :

Autorise l'association FJEP à utiliser l'image de mon enfant dans le cadre de ses locaux ou sur des supports tels que le site internet : www.fjep-nm.com, la page Facebook du FJEP, des CD Roms ou DVD de manifestation, journaux, prospectus, flyers ayant pour but de promouvoir l'association

N'autorise pas Le FJEP à utiliser l'image de mon enfant

Je suis informé(e) que les utilisations éventuelles ne peuvent porter atteinte à sa vie privée et plus généralement ne sont pas de nature à lui nuire ou à causer un quelconque préjudice.

Date et signature :

REGLEMENT INTERIEUR

Je soussigné(e) :

Responsable de l'enfant :

Reconnait avoir pris connaissance du règlement intérieur lors de la remise du dossier d'inscription et l'accepte.

Date et signature :

PROTECTION DES DONNEES

En signant ce formulaire, j'accepte que les informations saisies soient utilisées pour permettre : de me **contacter en cas de nécessité - recevoir la newsletter - m'informer dans le cadre des évènements du FJEP***. Afin de protéger la confidentialité des données l'association s'engage à ne pas divulguer, ne pas transmettre, ni partager les informations avec d'autres entités, entreprises ou organismes, quels qu'ils soient. Je suis informé que les données me concernant seront conservés pendant la durée légale si je quitte l'association et étendu à 10 ans pour des manifestations exceptionnelles (informations). Je peux faire valoir mon droit au retrait sur simple demande au secrétariat du FJEP ou par mail sur secretariat@fjep-nm.com.

***Rayer les mentions inutiles**

Je soussigné(e) :

déclare exact les renseignements donnés et avoir pris connaissance des informations notées ci-dessus.

Fait à : Le :

Signature du ou des responsables de l'enfant

Règlement intérieur de l'accueil de loisirs (ACM et Mercredis loisirs)

Du F.J.E.P de Neuves-Maisons

Qualification du personnel encadrant

La qualification et le taux d'encadrement au sein des structures déclarées auprès du ministère de la santé, de la jeunesse et des sports sont fixés de manière réglementaire.

Ainsi il est noté qu'un accueil de loisirs doit avoir une équipe composée :

D'un (e) directeur (trice) possédant tout diplôme permettant de diriger (B.A.F.D ou B.A.F.D en cours de validation, ou BPJEPS) appelé ci-après La Direction

D'animateurs (trices) B.A.F.A, ou tout autre diplôme admis en équivalence, stagiaires B.A.F.A et sans qualification.

Le taux d'encadrement appliqués à notre structure est de 1 animateur(trice) pour 10 enfants de 6 ans et plus.

La Direction des ACM ou Mercredis est l'interlocutrice privilégiée des parents pour toutes questions concernant l'accueil, l'organisation des séjours ou mercredis. Elle est chargée de la mise en place et le respect des règles de vie. Elle élabore le projet Pédagogique avec son équipe.

Périodes d'ouvertures et modalités d'accueil

Les enfants accueillis sont pour la plupart de Neuves-Maisons, mais certains viennent des communes avoisinantes.

L'accueil de loisirs peut accueillir des enfants en situation d'handicap, leur arrivée dans la structure sera préparée en amont avec les parents. Nous nous réservons le droit de ne pas accueillir l'enfant si les conditions d'accueil ne lui sont pas adaptées.

Les horaires d'ouverture pour les A.C.M et les mercredis sont : 7h30 à 18h.

L'heure maximum d'arrivée le matin et l'heure de sortie minimum le soir seront inscrits dans le projet pédagogique.

Responsabilités des Parents

Pendant toute la période durant laquelle l'enfant est accueilli au sein de la structure, la sortie du soir ne pourra se faire que sous la responsabilité des personnes inscrites sur la fiche de renseignement, sauf demande particulière de la part des responsables légaux de l'enfant.

Toute demande de modification de cette liste devra être communiquer à la Direction, ou en urgence par téléphone au 03 83 40 87 06.

Les familles ne sont pas autorisées à venir chercher leurs enfants en dehors des heures d'accueils, sauf cas d'urgence ou rendez-vous médical.

En cas de retard exceptionnel les parents doivent prévenir la Direction au 03 83 40 87 06.

Inscription et règlement

Généralité pour une inscription en ACM ou Mercredis: Toute inscription ne sera effective qu'à réception des documents (fiche d'inscription, fiche sanitaire, document CAF pour le coefficient et les aides aux vacances de l'année en cours, les photocopies des vaccins, un certificat médical signé et daté par votre médecin de moins de 3 mois pour un traitement) et pour les ACM le règlement du séjour. Ne pas oublier les allergies.

Nous vous rappelons que nous accueillons les enfants à partir de 6ans.

7€ d'adhésion annuelle est demandée (1 septembre au 31 aout de l'année suivante).

Inscription pour les Mercredis : elle se fait à l'année (du 1^{er} septembre de l'année en cours jusqu'aux vacances d'été de l'année n+1). Tout mercredi non décommandé sera facturé. Dernier délai de modification le lundi de la semaine en cours par mail sur secretariat@fjep-nm.com. En cas de maladie, un certificat sera demandé mais le repas restera à la charge des parents. La facturation se fait de période scolaire à la période scolaire suivante (sept aux vacances de la Toussaint etc....)

La facture sera donnée à l'enfant le dernier mercredi de la période de facturation ou envoyé par mail s'il n'est pas présent. Vous disposerez de 10 jours pour effectuer le règlement (chèque, espèces auprès du service comptable du FJEP ou virement). Une majoration de 40€ sera appliquée en cas de relance

La nouvelle tarification des **MERCREDIS** prend en compte le coefficient CAF de la famille.

	Coefficient CAF < 800	Coefficient CAF > 800
Tarif brut journalier	21,80€	28,80€
Participation CAF	3,80€	3,80€
Participation Mairie	3,00€	3,00€
Montant à régler	15,00€	22,00€

La participation Mairie ne concerne que les enfants de Neuves-Maisons, les non-néodomiens devront s'acquitter des 3€/jour

Inscription en ACM : elle se fait à la semaine. Aucun remboursement ne sera effectué sauf sur présentation d'un certificat médical. Le règlement doit être fait avant le séjour.

Le tarif de la semaine est calculé en fonction du coefficient CAF de la famille. Exemple pour l'été 2021 sur une semaine de 5 jours

	Coefficient CAF < 800	Coefficient CAF > 800
Tarif brut journalier	127,00€	133,00€
Participation CAF	19,00€	199,00€
Participation Mairie	15,00€	15,00€
Montant à régler	93,00€	99,00€

La participation vacances CAF de 19,00€ supplémentaire pourra être déduite de la semaine si les familles en bénéficient (document CAF obligatoire).

Santé

Protocole d'accueil individualisé (P.A.I).

Dans le cas de certains troubles de la santé (allergies, maladies chroniques...) la sécurité de l'enfant est prise en compte par la signature d'un protocole d'accueil individualisé.

Ce document organise, dans le respect des compétences de chacun le contenu des besoins thérapeutiques de l'enfant, les modalités particulières de la vie quotidienne dans le cadre de la collectivité (conditions de prise de repas, aménagement des horaires, communication...).

Tout enfant malade, notamment en cas de maladies contagieuses ou fiévreuses doit rester à son domicile.

Pour les petits bobos pendant le centre de loisirs les soins seront effectués par l'équipe d'animation (eau, savon, ou poche de froid pour les coups) ils figureront sur le registre d'infirmerie de la structure. L'incident sera signalé aux parents le soir même.

En cas de symptômes apparaissant au cours de l'accueil de loisirs, la Direction prendra les décisions adéquates pour le bien-être de l'enfant. Elle avisera les parents sur l'état de santé de l'enfant

Règles de vie

Les règles de vie en collectivité visent à ce que chaque enfant fasse preuve de respect dans son comportement, tant à l'égard du matériel et du lieu de vie, que des autres personnes qui l'entourent. Il devra faire preuve de solidarité, de tolérance et apprendre la responsabilité. Toutes détériorations de matériel restent à la charge des parents

Il est rappelé que toutes violences (physique ou verbale), et tous comportements dangereux envers les autres ou soit même sont interdits.

Tout manquement grave aux règles de vie mentionnées ci-dessus sera signalé aux parents. La structure se réserve le droit d'exclure l'enfant.

Les objets personnels

Les objets de valeur, lecteur MP3, console de jeux portable, téléphone, appareil photos, bijoux, jeux, ou collection de cartes...sont sous la responsabilité de leurs propriétaires, nous recommandons de ne pas les amener au centre.

F.J.E.P décline toute responsabilité en cas de VOL, PERTE OU CASSE.

L'Equipe du FJEP

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFA N° 85-0233

CEtte FICHE A ÈTE CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX QUI POURRONT ÊTRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ. ELLE VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SEJOUR.

I. ENFANT NOM : PRENOM :
 SEXE GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE : ___/___/___

II. VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES		DATES	
	Du DT polio	Du DT coq	Du Tétracoq	D'une prise polio

ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES	VACCIN	DATES	VACCIN
1 ^{er} VACCIN	___/___/___	___/___/___
RE VaccINATION	___/___/___	1 ^{er} RAPPEL	___/___/___

SIL'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ?

INJECTIONS DE SERUM NATURE DATES

.....	___/___/___
.....	___/___/___

III. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

.....

.....

.....

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

.....

.....

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT ? non oui
 SI OUI, LEQUEL ?
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MÉDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? non occasionnellement oui
 S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE RÉGLÉE ? non oui

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT
 NOM : PRENOMS :
 ADRESSE (pendant la période du séjour) :

 N° DE S.S. N° DE TEL. DOMICILE BUREAU

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :
 Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
 DATE : Signature :

PARTIE RÉSERVÉE À L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR : Cachet de l'Organisme (siège social)

ARRIVÉE LE ___/___/___
 DÉPART LE ___/___/___

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR

PAR LE MÉDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)
 PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

.....

.....

.....