

## FICHE INDIVIDUELLE DE DEMANDE D'INSCRIPTION CAMP HIVER 6/11 ANS (CP-CE1-CE2-CM1-CM2)

Du mardi 22 au vendredi 25 avril 2025 (4 jours et 3 nuits)

Chaux des Crotenay (Jura)

Enfance-jeunesse@mairie-cessy.fr

IOM de	l'enfant :	Date de naissance :		
rénom c	de l'enfant :	Classe ou niveau scolaire :		
		Ecole :		
<u>Pièce</u> :	s à joindre obligatoirement :			
	1 fiche sanitaire de liaison ci-jointe			
	Copie du PAI (*PAI : Protocole d'accueil indiv	vidualisé (allergies/intolérances alimentaires)		
	Attestation d'assurance responsabilité civile e	et individuelle accidents 2024/2025		
	Dernier avis CAF ou dernier avis d'imposition	(sans document, facturation au plus haut)		
	Si parents séparés, justificatif d'attribution du divorce le cas échéant	du droit de garde exclusif et extrait de jugement de		
Cadr	Tout dossier incomplet ne	e sera pas pris en compte		
Date	de dépôt :	Réceptionné par :		
Nomb	ore de documents :	Pièces ajoutées ultérieurement (+ date) :		
Enreg	gistré par :	_		

Tarifs Séjour Printemps 2025				
Catégorie	Quotient familial	Coût du séjour		
A	0 à 450	100€		
В	451 à 660	130€		
С	661 à 800	160€		
D	801 à 1100	190€		
E	1101 à 1500	220€		
F	1501 à 2000	250 €		
G	2001 à 3000	280 €		
Н	3001 et plus	310 €		

Je soussigné N	Л., Mme			autorise ma fille,
mon fils à parti	ciper au séj	jour organisé par la	a Mairie de Cessy.	
☐ Je soussigné !	M., Mme			autorise la ville de
Cessy à utiliser	l'image de r	mon enfant dans le	cadre des publicatio	ns municipales aussi bien papier
•	•			autre support de communication
quo namonquo	(one interne	or, page i accorden	do la mamo, ot tout	adire dappert de communication
l'autorise les nersonne	s désignées	ci-dessous (autre	que les narents) à ré	écupérer mon enfant à la fin du
séjour :	3 designees	o ci acssous (autre	que les parents, a re	couperer mon emant a la lin da
NOM et Prénom	Adress	se	Téléphone	Portable
				en cas de modification des
personnes désignées ci	-dessus et	en cas de retard le	soir du retour pour r	ecuperer mon enfant.
DATE :			SIGNATURES PÈ	RE ET MÈRE
-/L.		ĺ	5.5.W G E	

Une réunion d'information aura lieu au centre de loisirs le jeudi 3 avril à 18h30, afin de vous présenter le séjour et de répondre à vos questions. Une invitation vous parviendra par mail.

**Autorisations**:

## MODE DE PAIEMENT SOUHAITÉ

•	ent mensuel automatique nir un RIB (si nouveau)	Par autres modes de règlements (chèque, espèces, ou CB à régler directement avec le Trésor Public)			
Facturation au nom et adresse :					
	☐ Du pèr	re	☐ De la mère		
Nom et prénom :					
Adresse :					
Téléphone professionnel :					
Téléphone privé portable :					
Adresse électronique :					
Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur du centre de loisirs et m'engage à le respecter.					
DATE :		SIGNAT	URES PÈRE ET MÈRE		



## MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



FI	CH	1E	SA	11	IIT	AI	RE
	D	E	LIA	<b>A1</b> 5	SC	N	

-

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

## 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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)

emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.						
	L'ENFANT A-T-IL	DEJA EU LES MALADI	es suivantes ?			
RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE		
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON		
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS			
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON			
	ITAIRES oui 🔲 non	AUTRES	MENTEUSES oui 🗖			
RÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)						

	S DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION,
rééducation)	EN PRÉCISANT LES DATES ET LES <b>précautions à prendre</b> .
4 PECOMM	ANDATIONS UTILES DES PARENTS
	PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC
5 - <b>RESPONS</b>	ABLE DE L'ENFANT
	PRÉNOM
ADRESSE (PEND	DANT LE SÉJOUR)
	DRTABLE), DOMICILE :
NOM ET TEL. D	U MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)
exacts les rens	seignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, s (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de
Date :	Signature :
	A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
	COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES
OBSERVATION	NS
••••	