

Inscription Centre de Loisirs F.J.E.P / Accueil Jeunes C.S.B

Saison 2023/2024

ENFANT

Nom :	Prénom :
Sexe :	Date de Naissance :
N° Allocataire Caf :	École et Classe :
Nom du Médecin Traitant :	Tél du Médecin Traitant :
Type de repas et/ou allergies alimentaires :	
L'enfant est-il à l'aise dans l'eau : ☐ oui ☐ non	
<u>Email valide pour Facturation :</u>	

PARENT OU RESPONSABLE LEGAL 1

Nom :	Prénom :
Rue :	CP et Ville :
Tél Portable :	Tél Domicile :
Employeur :	Tél Travail :

PARENT OU RESPONSABLE LEGAL 2

Nom :	Prénom :
Rue :	CP et Ville :
Tél Portable :	Tél Domicile :
Employeur :	Tél Travail :

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

Nom :	Prénom :	Lien de parenté :	Téléphone :	À prévenir si urgence ?

Nous autorisez-vous à transporter l'enfant : ☐ oui ☐ non

Pour que l'inscription soit valide et complète, n'oubliez pas de nous faire parvenir en même temps que cette fiche dûment complétée :

- La photocopie du carnet de vaccination, ou une attestation du médecin certifiant que les vaccins sont à jour,
- Le Protocole médical d'utilisation de médicaments ci-joint signé et tamponné par le médecin – sauf en cas de désaccord de la famille. Dans ce cas, merci de nous en faire part dans la rubrique « éléments importants »
- Votre dernier avis d'imposition,
- L'Attestation d'Aide aux Vacances 2023 de la CAF. En début d'année civile (Février/Mars), si vos droits sont renouvelés, pensez à nous ramener votre Nouvelle Attestation 2024.
- Formulaire de Prélèvement automatique + RIB où paiement possible par CB, Chèque, Espèces ou ANCV.
- 10€ d'adhésion annuelle du 02/09/2023 au 31/08/2024.

Y'a-t 'il d'autres éléments importants dont vous souhaitez nous faire part ? :

.....

.....

***La fiche de renseignement et l'adhésion sont valables pour une année scolaire
(soit du 02 septembre 2023 au 31 août 2024)***

DECHARGE PARENTALE

Je soussigné (e)..... (Père, mère, tuteur, détenteur de l'autorité parentale et 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 Champigneulle décline toute responsabilité dès lors que les parents autorisent leur enfant à rentrer seul.

Jusque 7 ans, un adulte devra obligatoirement venir le chercher, de 7 ans à 11 ans vous devez remplir la décharge parentale et à partir de 12 ans chaque enfant sera libre de partir seul.

AUTORISATION DE DROIT À L'IMAGE

Responsable légal 1 : Responsable légal 2 :

Autorisons notre enfant à apparaître sur les différents supports d'information que pourrait utiliser le centre de loisirs du FJEP dans le cadre de ses activités (cf. page 2 – droit à l'image des conditions générales du Fjep) : ☐ oui ☐ non

CONDITIONS GENERALES DU FJEP

Je soussigné (e).....parent de l'enfant reconnais avoir pris connaissance des conditions générales du Fjep, consultables sur notre site www.fjep-champigneulle.fr

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	oui	non	Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui	non	Date
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (<i>préciser</i>)			
ou Tétracoq							
B.C.G.							

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ? ☐ oui ☐ non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant*). **Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance**

Allergies :

Médicamenteuses ☐ oui ☐ non
Alimentaires ☐ oui ☐ non

Asthme ☐ oui ☐ non
Autres ☐ oui ☐ non

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser : ☐ oui ☐ non

III – Informations Complémentaires :

Préciser si l'enfant est en PAI, bénéficie de l'AEEH, porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.... ?

Je soussigné certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus et :

☐ autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

☐ certifie avoir répondu par la négative à toute les questions du questionnaire santé ci-joint.

Date et Signature :

Si vous choisissez de régler vos prochaines factures par prélèvement Sepa, merci de remplir le tableau prévu à cet effet au verso de cette page.

***LE PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE :**

Suis-je informé(e) de la date et des montants des prélèvements qui vont se présenter sur mon compte ?

Oui. Les prélèvements seront effectués entre le 05 et le 10 de chaque mois.

Le prélèvement est-il payant ?

La mise en place du prélèvement peut être facturée par votre banque. Regardez les plaquettes tarifaires qui vous sont adressées par votre banque ou sur son site internet. Cependant, l'opération de prélèvement est en général gratuite.

Comment mettre fin à un mandat de prélèvement ?

À tout moment, vous pouvez mettre fin à un mandat de prélèvement (révocation) en donnant l'ordre par écrit au secrétariat du FJEP, de préférence par lettre recommandée avec accusé de réception, de ne plus émettre de prélèvement. Parallèlement informez votre banque en lui indiquant la référence unique de mandat de prélèvement (RUM) concerné et gardez-en trace. La révocation est le plus souvent gratuite.

Les conséquences d'une absence de provision :

Vous devez prévoir une provision suffisante sur votre compte le jour du prélèvement afin d'éviter que le prélèvement soit rejeté et que ce rejet génère des frais bancaires.

Que faire si la provision est insuffisante ?

- Avant la date du prélèvement, demandez rapidement au secrétariat du FJEP de reporter l'opération de prélèvement le temps d'approvisionner votre compte et prévenez votre banque. Vous pouvez nous proposer de nous régler votre facture par d'autres moyens (espèces, chèques, chèques vacances).
- À la date du prélèvement, il sera rejeté par votre banque pour absence de provision, sans information préalable, et des frais bancaires pourraient être appliqués

Choisir le prélèvement automatique c'est :

- Éviter tout retard ou oubli de paiement.
- Utiliser un moyen de paiement sécurisé et facile à mettre en place.
- Régler les sommes que vous devez à une date prévue à l'avance.
- Rester maître de vos règlements en ayant la possibilité de mettre fin au mandat de prélèvement à tout moment.

Référence unique du mandat	Mandat de Prélèvement SEPA	Créancier : FJEP de Champigneulles
	F J E P 2	

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le FJEP de CHAMPIGNEULLES à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du FJEP de CHAMPIGNEULLES.
En cas de litige ou de prélèvement abusif, vous pouvez bénéficier du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.
*Veillez compléter les champs marqués **

Votre nom *
Nom / Prénom du débiteur

Votre adresse *
Numéro et nom de la rue

* *
Code postal Ville

* *Pays*

Les coordonnées de votre compte

.....
Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)

.....
Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code)

Nom du Créancier Foyer de Jeunes de d'Éducation Populaire de CHAMPIGNEULLES

Identifiant créancier SEPA FR05ZZZ495105
61 RUE Hector Berlioz
54250 CHAMPIGNEULLES

Type de paiement Paiement mensuel, vers le 05 de chaque mois ☐ ou : Paiement ponctuel ☐ : facture n° FD
(valable à durée indéterminée) Paiement échelonné (activité uniquement) ☐ :

1^{ère} échéance :
2^{nde} échéance :
3^{ème} échéance :

*Signé à *le :
Lieu Date

*Veillez signer ici :
.....

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur – fournies seulement à titre indicatif	
Code identifiant du débiteur	* <i>Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque</i>
Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même)	* <i>Nom du tiers débiteur : si votre paiement concerne un accord passé entre le FJEP et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom. Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir</i>
	* <i>Code identifiant du tiers débiteur</i>

Pour toute nouvelle demande, merci de penser à nous joindre votre RIB.

Bulletin d'inscription pour l'Accueil de Loisirs Vacances d'Automne 2023

Je soussigné(e), désire inscrire
mon (mes) enfant(s) :
né(es) le à l'accueil de loisirs du FJEP pour
les dates suivantes :

Octobre*	L 23/10	M 24/10	M 25/10	J 26/10	V 27/10
Journée complète					

Octobre/Novembre*	L 30/10	M 31/10	M 01/11	J 02/11	V 03/11
Journée complète			FERIE		

Navette : Point de collecte (Champigneullais **n'ayant pas de véhicule**) : ☐ Château ☐ Fjep

Je m'engage à payer la somme forfaitaire de **20 € 42** par journée complète et par enfant en cas d'absence **non prévenue 48h à l'avance ou sans certificat médical donné sous 48h**. L'annulation ne sera effective qu'à réception d'une confirmation du secrétariat par e-mail ou par téléphone.

L'inscription à la journée est obligatoire.

Fait à le :

Signature :

** Merci de cocher les cases correspondantes à la période à laquelle vous souhaitez inscrire votre (vos) enfant (s).*

Pour chaque semaine complète d'inscription (5 jours consécutifs du lundi au vendredi, sans jour férié) une réduction forfaitaire de 5 € sera appliquée sur votre facture.

Nous vous remercions pour votre compréhension.

Je soussigné(e), Docteur

prescrit les médicaments ci-dessous, dans le cadre de situations médicalisées en accueil de loisirs pour le patient concerné :

Cochet du médecin

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Poids :

Sexe : ☐ féminin ☐ masculin

Taille :

☐ En cas de fièvre (38,5°C et plus) et/ou de douleurs (type maux de tête), prendre une dose de paracétamol selon la posologie suivante :

☐ En cas de chute ou de traumatismes bénins, appliquer de l'Arnica en gel sur la zone choquée

Fait à :

Le :

Signature