Point Jeune **Rue du Chateau d'Eau** **34550 BESSAN** **2025-2026** **Eté** ☐ **Année scolaire** ☐	A Bessan le Signature	C.C.A.S. Ville de Bessan Service Jeunesse

FICHE DE RENSEIGNEMENTS Enfant

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Régime alimentaire : ..... Allergies : .....

Médecin traitant : ..... Lieu du cabinet : .....

Appareil dentaire : ☐ oui ☐ non Port de lunettes : ☐ oui ☐ non

N° d'allocataire CAF ou MSA : ..... Nom de l'allocataire .....

N° d'assurance : ..... Compagnie : .....

Responsable légal 1 : ☐ père ☐ mère ☐ tuteur légal ☐ autre (préciser) : .....

Avez-vous un compte sur le Portail Famille ? ☐ oui ☐ non

Nom : ..... Prénom : ....

Adresse : .....

....

Date de naissance : ..... Tel portable : .....

Adresse mail : .....

Situation familiale : ☐célibataire ☐marié(e)/pacsé(e) ☐vie maritale ☐veuf/veuve

☐ divorcé(e)/séparé(e) *(joindre l'ordonnance du jugement)*

Responsable légal 1 : ☐ père ☐ mère ☐ tuteur légal ☐ autre (préciser) : .....

Avez-vous un compte sur le Portail Famille ? ☐ oui ☐ non

Nom : ..... Prénom : ....

Adresse : .....

....

Date de naissance : ..... Tel portable : .....

Adresse mail : .....

Situation familiale : ☐célibataire ☐marié(e)/pacsé(e) ☐vie maritale ☐veuf/veuve

☐ divorcé(e)/séparé(e) *(joindre l'ordonnance du jugement)*

AUTORISATION PARENTALE.

Je soussigné(e) ..... responsable légal(e) de l'enfant ..... déclare inscrire mon enfant après avoir pris connaissance des conditions générales de fonctionnement (ALSH et ALP).
J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités prévues le jour de sa présence.
J'autorise la structure à prendre en photo mon enfant (presse et site du service jeunesse et réseaux sociaux de la ville) ☐ **oui** ☐ **non**
J'autorise la direction à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'urgence suivant les instructions du corps médical.

INSCRIPTIONS 2025-2026

Le dossier ci-joint est à retourner après l'avoir complété avec les documents suivants :

- Copie du carnet de vaccinations (vaccins à jour)
- L'attestation de quotient familial délivrée par la CAF de l'Hérault ou la MSA
- L'assurance en responsabilité civile en cours de validité de l'enfant

Lorsque le dossier sera complet nous ouvrirons les droits afin que vous puissiez régulariser l'adhésion de votre enfant pour l'été ou l'année scolaire à venir (directement via le Portail Familles).

Pour informations : Tarification modulée appliquée à ce jour

Tarifs du 25/10/2024		1° Tranche QF 0 à 800	2° Tranche QF 801 à 1500	3° Tranche QF 1501 et +
Point jeune	***2025-2026***			
Bessanais				
Adhésion année scolaire	40,00	40,00	45,00	50,00
Adhésion été	30,00	30,00	35,00	40,00
Multisports vac.	20,00	20,00	25,00	30,00
Hors commune				
Adhésion année scolaire	60,00	60,00	65,00	70,00
Adhésion été	45,00	45,00	50,00	55,00
Multisports vac.	30,00	30,00	35,00	40,00

Stéphane est disponible le soir à la Halle de Sports pour plus d'informations ou au 0626509326.

Date de retour du dossier : ……

Les parents ont pris connaissance du règlement intérieur.
Le dossier est complet.
Régularisation faite.

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS cerfa

Code de l'Action Sociale et des Familles N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

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				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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)***

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES 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 ☐	

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐ MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

_____

_____

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION,RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.)

_____

_____

_____

_____

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON ☐ OCCASIONNELLEMENT ☐ OUI ☐

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON ☐ OUI ☐

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR _____

_____

_____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

_____

_____

_____

OBSERVATIONS

_____

_____

_____

_____

_____

_____