

Dispositif ouvert du 07/07/2025 08/08/2025- Inscription pour les Ados âgés de 11 à 17 ans :

**Remplir lisiblement cette fiche d'inscription Recto/Verso, chaque information est obligatoire pour l'inscription.
Date Butoir pour inscription : 24/06/2025**

Identité	Nom	Prénom	Date et Lieu de Naissance
Ados			
Parent 1			Quotient Familial :
Parent 2			A Entourer : CAF ou MSA
Adresse :			
Tél :	Mail :		Facture : Oui / Non

Passeport à la semaine :

Passeport à la semaine sans mini -camp	Tarifs Familles	ATL à Déduire
QF 0 à 550	22,00 €	16,00 € - 2 Jours
QF 551 à 800	24,00 €	14,00 € - 2 Jours
QF + de 800	26,00 €	/

Passeport + Mini-Camp	Tarifs Familles	ATL à Déduire
QF 0 à 550	40,00 €	32.00 € - 2 Jours
QF 551 à 800	42,00 €	28.00 € - 2 Jours
QF + de 800	43.00 €	/



L'inscription à un mini camp ouvre l'accès aux activités de la semaine :
Ex : votre ado est inscrit sur un mini camp vous réglez suivant votre QF : 40.00 €, 42.00 € ou 43.00 € pour la semaine sans autre supplément.

Mon ado sera inscrit : (case à cocher)

Cocher Si Présent	Période :	Cocher si Participe Mini -camp	Votre Tarif	Votre Bon ATL	Total
S1	Du 07 juillet au 11 juillet	Pas de mini camp			
S2	Du 15 juillet au 18 juillet « Mini camp Pêche » 17/18 juillet				
S3	Du 21 juillet au 25 juillet « Mini camp itinérant Vélo » 24/25 juillet				
S4	Du 28 juillet au 01 août	Pas de mini camp			
S5	Du 04 août au 08 août « Mini -camp Equitation » 04/05 août				
				TOTAL :	

Les bons CAF sont déduits par jour de présence effective et sont fournis avec l'inscription (CAF et MSA)
En cas d'absence injustifiée (certificat médical) une facture complémentaire vous sera adressée

Votre Règlement : A fournir lors de l'inscription ! Chèques à l'ordre suivant : « F.O.L 55 »

(Les chèques CESU sont refusés.)

Type de Règlement :	Chèque n°.....	Espèces	Chèque Vacances
Indiquer le montant :			

Accueil Adolescents - 2025

Madame / Monsieur / Responsable légal de l'enfant

- Déclare avoir pris connaissance de l'intégralité du règlement intérieur, m'engage à le respecter et informer le responsable de tout changement lié au fonctionnement de l'ACM.
- Autorise mon enfant inscrit à participer aux activités organisées par le centre (sauf contre-indication médicale à signaler sur la fiche sanitaire de liaison).
- Procède au règlement à l'ordre de la Fédération des Œuvres Laïques en même temps que l'inscription.

A..... LE **Signature du responsable légal :**



AUTORISATION POUR LE DROIT A L'IMAGE

Madame, Monsieur,

Votre enfant est inscrit dans un centre de loisirs de la Ligue de l'Enseignement. Au cours du séjour, il/elle sera amené/e à utiliser du matériel audio-visuel (photo, vidéo, informatique et internet) lors des activités. Afin que votre enfant puisse passer un séjour optimal, puisse participer pleinement aux activités audiovisuelles et ramener un merveilleux souvenir de ses vacances, nous vous demandons d'autoriser l'apparition de votre enfant sur support photo, vidéo, informatique et internet, conformément à la législation relative aux droits de la personne photographiée et à l'article 9 du code civil.

Je soussigné/e :

Représentant/e légal de l'enfant :

Demeurant :

Inscrit/e sur le centre :

Du au

> **autorise** > **n'autorise pas** (rayer la mention inutile)

L'équipe d'animation et l'organisateur « Ligue de l'enseignement » à utiliser dans le cadre du séjour organisé par la Ligue de l'Enseignement 55 :

- L'image et la voix de mon enfant sur support photographique, vidéo et informatique.
- L'image de mon enfant pour la présentation des activités et l'illustration des centres de loisirs blog, page Facebook).

Fait à

Signature du représentant légal

Le

AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné(e)

NOM :PRENOM :

Adresse :

Responsable de l'enfant :

Né(e) le à

Autorise mon enfant à repartir seul à l'issue des activités du centre de loisirs Ados la Hot Saulx pour l'été 2025.

N'autorise pas mon enfant à repartir seul à l'issue des activités du centre de loisirs Ados la Hot Saulx pour l'été 2025.

Ale

Signature :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêt du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1- VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS ¹	DATES
Diphérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Polioomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

¹ Obligatoire pour les mineurs nés après le 1^{er} janvier 2018. SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES

MEDICAMENTEUSES

AUTRES (animaux, plantes, pollen) :

Précisez :

oui non
 oui non

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

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4- RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

Numéro de sécurité sociale / MSA dont dépend l'enfant :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :