

CLUB ADOS

LE STUDIO

DE 11 À 15 ANS – DU 05/09/23 AU 05/07/24

LE STUDIO EST LE LIEU DE RETROUVAILLES ENTRE AMIS
(BABY-FOOT, BILLARD, CONSOLES...)
ON SE DONNE RENDEZ-VOUS.

- LE MARDI ET LE JEUDI DE 17H/18H
POUR DE L'AIDE AUX DEVOIRS

- LE MERCREDI DE 13H30 À 17H45 POUR FAIRE
DES ACTIVITÉS (CUISINE, JEUX DE SOCIÉTÉ, ANIMATIONS
SPORTIVES...)

- LE VENDREDI SOIR POUR DES SOIRÉES THÉMATIQUES
(LASER GAME; KARAOKÉ, CACHE-CACHE...)



ESCAL :

31 BOULEVARD DU CHEMIN DE FER, 51420 WITRY-LES-REIMS – 03.26.07.86.48

DIRECTRICE : CÉLIA COTELLE / C.COTELLE@ESCAL-WITRY.FR



RESPONSABLES LÉGAUX

Responsable 1 - NOM et Prénom: _____

Adresse : _____ Code Postal : _____

VILLE : _____ E-MAIL : _____ @ _____

PROFESSION : _____ EMPLOYEUR : _____

N° DOM. : _____ N° PORT : _____ N° TRAVAIL : _____

Responsable 2 - NOM et Prénom: _____

Adresse : _____ Code Postal : _____

VILLE : _____ E-MAIL : _____ @ _____

PROFESSION : _____ EMPLOYEUR : _____

N° DOM. : _____ N° PORT : _____ N° TRAVAIL : _____

AUTRE(S) PERSONNE(S) À JOINDRE EN CAS D'URGENCE :

NOM : _____ TEL. : _____ LIEN PARENTÉ : _____

NOM : _____ TEL. : _____ LIEN PARENTÉ : _____

NOM : _____ TEL. : _____ LIEN PARENTÉ : _____

NOM : _____ TEL. : _____ LIEN PARENTÉ : _____

RÉGIME ALLOCATAIRE

 RÉGIME GÉNÉRAL, indiquez votre n° d'allocataire CAF : _____ RÉGIME MSA, indiquez votre n° de sécurité sociale : _____NOM et Prénom – 1^{ER} ENFANT : _____

Date de Nais. : _____ Lieu et département : _____

NOM et Prénom – 2^{ème} ENFANT : _____

Date de Nais. : _____ Lieu et département : _____

NOM et Prénom – 3^{ème} ENFANT : _____

Date de Nais. : _____ Lieu et département : _____

FICHE SANITAIRE DE LIAISON – ACCUEIL DE LOISIRS

SAISON 2023/2024

1 - ENFANT

NOM et Prénom : _____ Garçon Fille

Date de naissance : _____

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

En cas d'hospitalisation en urgence ou de consultation médicale, les **PHOTOCOPIES DE VACCINATIONS** sont **OBLIGATOIRES** ! Merci de nous joindre la photocopie des pages vaccinations du carnet de santé.

3 -RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

L'enfant souffre-t-il d'allergie (médicamenteuse, alimentaires, asthme etc.) ? Si oui, précisez la conduite à tenir :

L'enfant a-t-il des **difficultés de santé** (maladie, accident, hospitalisation etc.). Si oui, précisez les **précautions à prendre**.

Si votre enfant est amené à **suivre un traitement médical**, merci de 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.

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires etc. (précisez)
NON OUI : _____

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM et Prénom : _____

TELEPHONES :

TEL. N°1 : _____ N°2 : _____

NOM du Médecin traitant : _____

Adresse du cabinet : _____

Numéro de sécurité sociale : _____

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.

Date :

Signature :

LISTE DES PRODUITS DE L'ACCUEIL DE LOISIRS

Voici la liste des produits contenus dans l'armoire à pharmacie sur les recommandations de la DDCSPP. Merci de nous signaler toute allergie ou intolérance à un produit.

	Tolère	Ne tolère pas
Savon de Marseille :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bande de maintien :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sérum physiologique :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sparadrap :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antiseptique :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pansement adhésif :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crème contre les ecchymoses (type Arnigel) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crème contre les brûlures (type Biafine) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crème solaire haute protection :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crème solaire prévention/lutte contre les piqûres d'insecte :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FICHE D'INSCRIPTION

ACCUEIL JEUNESSE - LE STUDIO

SAISON 2023/2024

NOM et Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

Problèmes de santé, régime alimentaire particulier : _____

Etablissement scolaire : Collège Léonard de Vinci AUTRE

Classe : 6^{ème} 5^{ème} 4^{ème} 3^{ème} Lycée

Portable du jeune : _____

NOM et Prénom du ou des responsables durant la période d'inscription :

Responsable 1 : _____

TEL. N°1 : _____ N°2 : _____

Responsable 2 : _____

TEL. N°1 : _____ N°2 : _____

L'enfant est-il autorisé à repartir seul ? OUI NON

Si **NON**, indiquez le(s) nom(s) des personnes autorisées à reprendre l'enfant (en dehors des parents) :

DROIT A L'IMAGE : Autorisez-vous l'association à utiliser l'image de l'enfant durant les animations (presse/flyers du Studio) ?
OUI NON

GESTION DES DONNÉES : Autorisez-vous l'association à utiliser vos données personnelles (nom, prénom, e-mail, téléphone) dans le cadre de la gestion de l'accueil de loisirs ? OUI NON

Signature :

LES MERCREDIS APRÈS-MIDI

► Un programme d'animation varié pour s'amuser de 13h30 à 17h45.

TARIFS

Forfait annuel

RESIDENTS À WITRY-LES-REIMS
Régime Général : QF < 855 : **35 €**
Régime Général : QF > 855 : **40 €**

RESIDENTS DANS UNE AUTRE COMMUNE
Régime Général : QF < 855 : **45 €**
Régime Général : QF > 855 : **50 €**

Inscription occasionnelle

RESIDENTS À WITRY-LES-REIMS
Régime Général : QF < 855 : **2 €**
Régime Général : QF > 855 : **3 €**

RESIDENTS DANS UNE AUTRE COMMUNE
Régime Général : QF < 855 : **4 €**
Régime Général : QF > 855 : **5 €**

LES VENDREDIS SOIRS

► Un ou deux vendredis par mois, une soirée animée est proposée (cuisine, cache-cache, jeux de société...)

TARIFS

Forfait annuel : **50 €**
Inscription occasionnelle : **3 €**

SOS DEVOIRS

► Tous les mardis et jeudis, viens à la médiathèque pour avancer tes devoirs dans une ambiance conviviale.

TARIF

Gratuit jusqu'en décembre
15€ de janvier à juin

FORFAIT STUDIO

► L'inscription annuelle inclut l'accueil de loisirs tous les mercredis après-midi, les soirées du vendredi et l'accès à l'aide aux devoirs.

TARIFS

RESIDENTS À WITRY-LES-REIMS
Régime Général : QF < 855 : **60 €**
Régime Général : QF > 855 : **65 €**

RESIDENTS DANS UNE AUTRE COMMUNE

Régime Général : QF < 855 : **70 €**
Régime Général : QF > 855 : **75 €**