

# BULLETIN D'INSCRIPTION

## à une CITÉ

### **BULLETIN À RETOURNER À :**

Association CITÉS d'enfants - BP 39 - 26111 NYONS cedex  
ou [citesdenfants@gmail.com](mailto:citesdenfants@gmail.com) (renseignement au 06.64.76.50.89)  
**maximum 1 MOIS AVANT LE WEEK-END BÂTISSEURS**  
(Merci de remplir un bulletin par participant)

Je soussigné.e..... responsable légal.e, **inscris mon enfant**

**NOM et PRÉNOM** de l'enfant : .....

Date de naissance : ..... Age : .....

à un séjour organisé par l'association **CITÉS d'enfants**.

#### **Mes coordonnées**

TÉLÉPHONE : ..... AUTRE : .....

ADRESSE MAIL : .....@.....

#### **Je l'INSCRIS à la CITÉ suivante :**

Intitulé de la CITÉ : ..... Dates et lieu : .....

*La Cité n'existe que parce que les enfants l'ont construite ensemble.  
Leur présence au week-end bâtisseurs est donc indispensable !*

#### **Je l'INSCRIS au Week-end bâtisseurs :**

Dates et lieu : .....

**Je RÈGLE** (complétez l'espace ci-dessous pour évaluer la somme à payer et joignez le règlement)

**Si vous bénéficiez d'aides aux vacances, merci de joindre votre bon d'aide (CAF, MSA...)**

➔ Je repère sur la grille TARIFS le coût des séjours correspondant à mon QF : .....

➔ Je déduis du coût du séjour le montant de mon éventuelle aide : .....

➔ J'ajoute le coût du week-end bâtisseurs .....

➔ Je règle mon adhésion de 20 € : .....

➔ Soit la **SOMME TOTALE** de : .....

Je règle en une fois

Je règle en plusieurs mensualités (maximum 3 échéances et avant le début du séjour / tous les chèques joints)

Je règle  **PAR CHÈQUE(S)**  **EN ESPÈCES**

**Je CONSTITUE le DOSSIER**

**Éléments nécessaires pour constituer le dossier de mon/mes enfant(s) et ainsi valider l'inscription.**

➔ Je fournis à l'association : **Bulletin d'adhésion - Dossier familial - Attestation d'assurance extra-scolaire - Bon Vacances - Fiche sanitaire + photocopie vaccins à jour - Règlement**

FAIT À ..... LE ..... SIGNATURE :



# ADHÉSION FAMILLE 2019

**Pour soutenir notre action pour**  
*la parole, la responsabilité, la créativité de l'enfant afin de le rendre*  
*responsable de ses actes et acteur de la vie sociale,*  
**pour aider financièrement notre association,**  
**pour être tenu(e) informé(e) de nos prochaines activités,**  
**REJOIGNEZ NOTRE RÉSEAU EN ADHÉRANT à CITÉS d'enfants.**  
Votre statut d'adhérents vous donne droit à des réductions  
(exemple : entrée Rencontres « Éduquer autrement ») et autres avantages.

NOM.....  
PRÉNOM.....  
ADRESSE.....  
VILLE.....  
CODE POSTAL.....  
TÉLÉPHONE.....  
MAIL.....  
PROFESSION.....

**J'adhère à CITÉS d'enfants et règle la somme de 20 €**

Merci d'indiquer combien de personnes constituent le foyer :

.....adulte(s), .....M .....enfant(s), .....M  
.....F .....F

**Je souhaite faire un don de soutien à CITÉS d'enfants et règle la somme de.....€**

**TOTAL : ..... €**

Réglé par chèque N°..... Banque : .....

En espèces

(barrez la mention inutile)

Fait le : ..... à .....

Signature :

# AUTORISATION PARENTALE ou du responsable légal

Je soussigné(e).....

**Père, Mère, responsable légal\* de**

*(préciser Nom(s) et Prénom(s) de l'enfant ou des enfants)*

**Nom:..... Prénom:.....**

**Nom:..... Prénom:.....**

**Nom:..... Prénom:.....**

—Atteste sur l'honneur avoir l'autorité nécessaire pour inscrire l'enfant ou les enfants susnommés

—Autorise mon(mes) enfant(s):

•à participer à toutes les activités de CITÉS D'ENFANTS

*(activités courantes, sportives, ludiques, artistiques etc...)*

•à se baigner *(dans le cadre réglementaire de surveillance)*

—Autorise les responsable de CITÉS D'ENFANTS

•à faire transporter mon (mes) enfant(s) pour les besoins des activités par des moyens de transport collectifs (bus ou minibus).

•en cas d'urgence, à faire procéder à toute intervention médicale(soin, hospitalisation, anesthésie, intervention chirurgicale) nécessitée par l'état de santé de mon(mes) enfant(s)

•à prendre des photographies de mon (mes) enfant(s) et à les diffuser lors de publications (journeaux, presse,...) ou de manifestations liées à la vie de CITÉS D'ENFANTS

—Atteste avoir pris connaissance du projet éducatif et du projet pédagogique de CITÉS D'ENFANTS.

Fait à ..... le .....

signature



## DOSSIER FAMILIAL D'INSCRIPTION

**FAMILLE :** .....

**ENFANT(S) :**

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**COMMUNE :** .....

**CONTACTS :**

**N° d'urgence :**

1/ ...../...../...../...../.....

2/ ...../...../...../...../.....

**Adresse internet :** .....

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

## Concernant la famille

**RESPONSABLE(S) LEGAL(AUX):**  
 Père     Mère     Tuteur  
 Nom: ..... Prénom: .....  
 ADRESSE: .....  
 CP: ..... COMMUNE: .....  
 Tél domicile: ..... Portable: .....  
 Profession: ..... Employeur: .....  
 Tél Travail: ..... N° de poste: .....

Père     Mère     Tuteur  
 Nom: ..... Prénom: .....  
 Adresse (si différente): .....  
 CP: ..... COMMUNE: .....  
 Tél domicile: ..... Portable: .....  
 Profession: ..... Employeur: .....  
 Tél Travail: ..... N° de poste: .....

## concernant le (les) enfant (s)

**ENFANT(S) inscrits à " CITÉS D'ENFANTS "**

Nom	Prénom	Né le	à:
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

## MEDECIN DE (DES) ENFANT(S)

Nom ..... VILLE ..... Tél: .....  
 .....  
 .....

## PERSONNE(S) A CONTACTER EN CAS D'URGENCE:

Nom	Prénom	Téléphone
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

## REGIME DE SECURITE SOCIALE

Régime général     MSA     AUTRE:.....  
 N° de Sécurité sociale:  
 Adresse du centre payeur:

## PRESTATIONS FAMILIALES:

reçoit des prestations familiales     OUI     NON  
 A quel organisme êtes-vous affilié?  
 CAF     MSA     AUTRES  
 N° Allocataire CAF, MSA, ou AUTRES: .....  
 Département d'affiliation: .....

## AIDES AUX VACANCES:

bénéficie d'aides aux vacances:     OUI     NON  
 CAF     MSA     COMITÉ D'ENTREPRISE  
 CHEQUES VACANCES  
 Autres prises en charges: .....

## PERSONNES AUTORISÉES A ACCOMPAGNER OU REPRENDRE MON (MES) ENFANT(S)

Nom	Prénom	Téléphone
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Remarque(s), souhait(s), commentaire(s) particulier(s) ou information(s) complémentaire(s) à propos de votre (vos) enfant(s):

.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....



1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON

FILLE

DATES ET LIEU DE 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.

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

Table with 5 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATE DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT Polio, Ou 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)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

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

Form with checkboxes for RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, SCARLATINE, COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS.

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 ? oui  non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui  non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE (pendant le séjour) : \_\_\_\_\_

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : \_\_\_\_\_ BUREAU : \_\_\_\_\_

N° SÉCURITÉ SOCIALE : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : \_\_\_\_\_

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL :  DE LA CMU  D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

Je soussigné, .....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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

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