

Partir en séjour avec la



**INSCRIPTIONS à partir du samedi 7 juin 2025
de 9h à 11h30 – MJC du pays de Quintin**



**RÉUNION D'INFORMATION
MARDI 1 JUILLET à 18h30**

**A la MJC du Pays de Quintin
*Rencontrez les équipes pédagogiques à cette occasion***

MJC du Pays de Quintin - Les Quinconces - 22800 QUINTIN - 02 96 74 92 55



Les Trousseaux du campeur :

Pour vous aider, voici le trousseau recommandé dans le sac de voyage.

Merci de respecter autant que possible cette liste.

	<i>Pour 3 jours</i>	<i>Pour 5 jours</i>
Objet	Quantité	Quantité
Oreiller	1	1
Sac de couchage	1	1
Matelas auto-gonflant / tapis de sol	1	1
Trousse de toilettes : gant, gel douche, brosse à dents, dentifrice, shampoing et serviettes ...	1	1
Pyjama	1	1
Tenue de sport	1	2
Tee-shirt	3	5
Pantalon	1	2
Pantacourt	1	1
Vêtement chaud (Pull / veste polaire)	1	1
Sous-vêtements (paires de chaussettes, culottes)	3	5
Paire de chaussures	1	1
Paire de chaussures pour les activités aquatiques	1	1
Serviette de plage	1	1
Maillot de bain	1	1
Paire de bottes	1	1
Coupe-vent imperméable (type K-way)	1	1
Chapeau, bob ou casquette	1	1
Sac à linge sale (Taie d'oreiller, sac poubelle...)	1	1
Crème solaire	1	1
Lampe de poche	1	1
Gourde	1	1
Sac à dos	1	1
Verre	1	1
Bol	1	1
Assiette	1	1
Couverts (fourchette, couteau, cuillères)	1	1

Prévoir une tenue (bas et haut) qui ne risque rien : un t-shirt blanc (par exemple de publicité) qui pourra être utilisé (découpé, peint...) pour certaines activités. Si possible, amener aussi des déguisements (marqués au nom de l'enfant).

Quelques conseils :

- Ne prévoir que des vêtements solides, adaptés à la vie en collectivité... et qui ne craignent rien !
- Éviter les accessoires ou bijoux de valeur, **pas de portable** (la MJC décline toute responsabilité en cas de perte ou détérioration).
- Prévoir un sac de voyage solide, adapté à la taille de l'enfant, et marqué à ses NOM, Prénom et coordonnées.

LES TARIFS

Dans le tableau, reportez-vous à la tranche qui correspond à votre quotient familial

Tarifs	Tranche de Quotient familial	Journée mini séjour
Tarif 1	OF ≤ 559	21,00 €
Tarif 2	559 < QF ≤ 1000	23,00 €
Tarif 3	1001 ≤ QF ≤ 1260	24,00 €
Tarif 4	1261 ≤ QF ≤ 1500	25,00 €
Tarif 5	QF > 1500	26,00 €

Pour que le tarif qui vous concerne soit appliqué, vous devez fournir obligatoirement auprès du service Enfance/Jeunesse de la MJC du Pays de Quintin:

Ou votre numéro d'allocataire CAF (QF, VACAF, PASS COLO)

Ou l'attestation de Quotient Familial (délivré par la CAF)

Ou l'attestation de Quotient Familial (délivré par la MSA)

Ou le dernier avis d'imposition (Uniquement pour les personnes qui ne sont pas ressortissants du régime CAF ou MSA)

Attention : si vous ne fournissez pas la pièce justificative demandée, le tarif maximum vous sera facturé.

Autorisation parentale

Je soussigné(e)

Madame, Monsieur
père, mère, tuteur, tutrice

De l'enfant

Né(e) le

Adresse complète

Téléphone

Téléphone
(Joignable dans la journée)

E-mail

**Après avoir consulté l'information diffusée aux familles concernant
l'organisation de l'accueil,
j'inscris mon enfant à l'Accueil de Loisirs Intercommunal de Pays de Quintin
organisé par la MJC (3-17 ans) pour l'année 2024/2025.**

Autorise mon enfant pendant cette période :

- à pratiquer les activités proposées
- à circuler dans les véhicules mis à disposition par l'association
et d'éventuels transports collectifs

Autorise la directrice de l'ALSH :

- à faire soigner mon enfant susnommé et à prendre toutes mesures,
y compris l'hospitalisation, nécessitées par son état de santé,
selon les prescriptions du corps médical consulté.
- à diffuser l'image de mon enfant dans le cadre d'une exposition
ou d'une activité audiovisuelle (Journal numérique, affichages à la MJC)
- M'engage à respecter le protocole sanitaire mis en place par la MJC

**Je m'engage à transmettre à la MJC tout changement me concernant (adresse, téléphone ...) ou
concernant mon enfant (modification de la fiche sanitaire) pour l'année 2022/2023
Déclare avoir pris connaissance avec mon enfant du règlement intérieur des ALSH
et de la MJC du Pays de Quintin**

Cadre réservé Vacados (11-17 ans)

- | | O | N |
|--|--------------------------|--------------------------|
| > Autorise la Directrice de l'ALSH à diffuser ponctuellement l'image de mon enfant sur les réseaux sociaux (Facebook, Instagram, Snapchat) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| > Autorise mon enfant à rentrer seul après l'activité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Pour les mini-camps du 21 juillet eu 29 août
Fournir l'attestation d'aisance aquatique.

Fait à

le

Signature



FICHE SANITAIRE 2025/2026

Accueil de Loisirs Intercommunal du Pays de Quintin

L'ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

GARÇON

FILLE

DATE DE NAISSANCE : _____

1 - VACCINATIONS

L'enfant doit être vacciné (sauf contre-indication médicale reconnue) pour pouvoir être admis en collectivité d'enfants (ALSH et/ou camps). L'admission d'un mineur selon l'une des modalités prévues à l'article R. 227-1 est subordonnée à la présentation d'un document attestant de sa situation au regard des obligations vaccinales conformément aux dispositions de l'article R. 3111-8 du code de la santé publique. Les parents peuvent présenter un certificat attestant du respect de l'obligation prévue à l'article L. 3111-2, à savoir que l'enfant est à jour de ses vaccinations. Ils peuvent également présenter le carnet de santé comme justificatif de la réalisation des vaccinations obligatoires.

Enfant né avant 2018 : Les vaccinations obligatoires sont les suivantes : la primo vaccination diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP).
Enfant né à partir de 2018 : Les 11 vaccinations obligatoires sont les suivantes, pour les bébés et les enfants : Diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP), Coqueluche, Infections invasives à Haemophilus influenzae de type B, Hépatite B, Infections invasives à pneumocoque, Méningocoque de séro groupe C, Rougeole, oreillons et rubéole.

Je fournis : Un certificat médical de mon médecin attestant du respect de l'obligation vaccinale

Ou Une copie du carnet de santé de mon enfant

2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

> L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant sa présence au centre de loisirs ou le séjour ?

Oui Non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (Boîtes de médicaments dans l'emballage d'origine marquées au nom de l'enfant). Aucun médicament ne sera donné sans ordonnance.

> L'enfant est-il en **situation de handicap** ? Oui Non

Si oui, précisez :

Si oui, a-t'il une notification MDPH ? Oui Non

Si oui, est-il bénéficiaire de l'AEEH (Allocation Education Enfant Handicapé) ? Oui Non

Merci de nous fournir un justificatif du bénéfice AEEH pour chaque enfant concerné. Il peut s'agir de la notification d'ouverture de droit de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) ou bien de la notification de droits et de paiement de la CAF ou MSA. Ce document nous sera demandé en cas de contrôle.

> **ALLERGIES : ASTHME** oui non

MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non

AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR.

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

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

➤ A titre indicatif l'enfant a-t-il déjà eu les **maladies** suivantes ?

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

➤ L'enfant a-t-il eu des **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les **précautions à prendre**.

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

3 - **INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES** (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....
.....

4 - **RESPONSABLE DE L'ENFANT**

Non Prénom :

Adresse

Tél fixe et portable, domicile : bureau :

Nom et téléphone du médecin traitant (*FACULTATIF*).....

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date : Signature :

*Merci de joindre à ce formulaire sous enveloppe cachetée toute information d'ordre médical importante (dont contre-indications, pathologies spécifiques etc) pour la prise en charge médicale de votre enfant. Couverte par le secret médical, celle-ci sera transmise exclusivement aux services d'urgences ou aux professionnels de santé.
Vous devrez compléter/actualiser ces informations en cas de changement et nous les transmettre à nouveau sous enveloppe cachetée.
Ces documents vous seront rendus en fin d'année ou en cours d'année si vous quittez la structure.*