

DOSSIER D'INSCRIPTION 2021-2022

13, rue Alphonse Penaud - 75020 Paris
07 68 89 36 24

contact@patronageducoeur.fr

A - COORDONNÉES

- **Enfant :**

Nom : Prénom :

Date de naissance : Classe (2021-2022) : École :

Portable : @ :

Adresse postale :

- **Responsables légaux :**

père / mère / autre (préciser) :

Nom : Prénom :

Adresse postale :

Tél. portable : @ :

Nom et n° de l'assurance responsabilité civile :

N° sécurité sociale :

père / mère / autre (préciser) :

Nom : Prénom :

Adresse postale :

Tél. portable : @ :

Nom et n° de l'assurance responsabilité civile :

N° sécurité sociale :

B - PIÈCES À JOINDRE AU DOSSIER

Pour finaliser l'inscription, merci de joindre à ce bulletin rempli, daté et signé :

1. la fiche sanitaire remplie et signée
2. le règlement
3. l'attestation de responsabilité civile
4. l'attestation CAF du quotient familial

C – PARTICIPATION AUX ACTIVITÉS DU PATRONAGE

- Forfait « APRÈS L'ÉCOLE »** lundi - mardi - jeudi - vendredi (16h à 18h)
 option ramassage scolaire (Primaire) option tutorat (Secondaire)

- Forfait « ATELIERS »** lundi au samedi

La participation aux ateliers reste libre, tous les jours (s'inscrire sur le tableau du chalet). Cependant, chacun peut cependant s'inscrire directement pour le trimestre ou l'année. Vous pouvez le préciser ici :

- Forfait « PLEIN COEUR »** mercredi (13h à 19h*) (**Primaires**)

* Les enfants **peuvent** arriver dès 13h et rester jusqu'à 19h mais **doivent** arriver au plus tard à 15h et repartir au plus tôt à 17h.

- Forfait « JOUR FIXE »** (16h à 19h) préciser lequel : lundi mardi jeudi vendredi

- Hors-Forfait (l'adhésion suffit) « ORATORIO »** (Collégiens & Lycéens) mardi soir

- Hors-Forfait (l'adhésion suffit) « PETIT ORATORIO »** (Primaires) mercredi 14h

- Hors-Forfait (l'adhésion suffit) « CŒURS ARDENTS » // « ÂMES ARDENTES »** (Collégiens)

D - TARIFS

• Montant

Les réductions sont accordées sur présentation de l'attestation CAF du quotient familial :

		FORFAIT APRÈS L'ÉCOLE	FORFAIT ATELIERS	FORFAIT PLEIN COEUR	FORFAIT JOUR FIXE	
A	QF 9 à 10 > 3334 €	○ 300	○ 180	○ 320	○ 180	
B	QF 7 à 8 1901 à 3333 €	○ 200	○ 120	○ 210	○ 120	
C	QF 5 à 6 960 à 1900 €	○ 130	○ 80	○ 140	○ 80	
D	QF 3 à 4 385 à 959 €	○ 80	○ 50	○ 90	○ 50	
E	QF 1 à 2 < 384 €	○ 40	○ 30	○ 60	○ 30	
	COTISATION ACELHM 2021-2022 (obligatoire)					+ 45 €
	TOTAL					*****

• Mode de règlement

- un chèque (ordre « ACELHM »)
 2 chèques 50% / 50% échelonnés (ordre « ACELHM »)
 en chèques vacances
 un virement sur IBAN ACELHM FR76 1027 8060 5000 0202 2244 176 (ou demander RIB)
 en espèces

E - AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e)

responsable légal de Nom : Prénom :

reconnais avoir pris connaissance des valeurs éducatives du « Patronage du Cœur » (cf. **patronageducoeur.fr**), y adhérer et j’atteste que mon enfant s’engage à les respecter,

l’inscris au « Patronage du Cœur » pour l’année 2021-2022,

l’autorise à repartir seul du patronage ne l’autorise pas à repartir seul du patronage,

autorise l’«Association Culturelle d’Éducation et de Loisirs du Haut-Ménilmontant», dite «Patronage du Cœur» à filmer et photographier mon enfant, ces images étant susceptibles (sauf demande expresse de retrait) d’être utilisées dans le cadre de la communication de l’association.

À le Signature :

F - Esprit associatif / participation

Je suis informé que l’ACELHM n’est pas une entreprise commerciale, mais une association de parents bénévoles. Je m’engage à participer autant que faire se peut aux réunions et à la soutenir.

Je peux rendre service, régulièrement ou ponctuellement, dans le(s) domaine(s) suivant(s) :

- animation – organisation générale – secrétariat – comptabilité – conseils financiers - recherches de fonds – juridique – bricolage – entretien des lieux – cuisine – automobile – jardin – tutorat – événementiel – communication – liens auprès des institutions – liens auprès d’une école – aménagement et décoration – achats – informatique – organisation de la brocante – chant – théâtre – accompagnement des sorties – accompagnement des séjours – aménagement des locaux – liens avec les pouvoirs publics — santé – autres propositions :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

J’ai une idée / une suggestion ! (exprimez-vous)

.....

..... →



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
Diphthérie				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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

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

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
