



Inscription au Mini Camp Équitation 2024 6/12 Ans

Du 22 au 26 Juillet 2024



Enfant :

Nom :	Prénom :
Sexe :	Date de Naissance :
N° Allocataire Caf :	Quotient Familial :

Email Valide pour Facturation :

(Vous recevrez votre facture via l'email : secretariat@fjep-champigneulles.fr, merci de vérifier vos emails)

Parent ou Responsable légal :

Nom :	Prénom :
Rue :	CP et Ville :
Tél Portable :	Tél Domicile :
Employeur :	Tél Travail :

Parent 2 ou Responsable légal :

Nom :	Prénom :
Rue :	CP et Ville :
Tél Portable :	Tél Domicile :
Employeur :	Tél Travail :

Autre personne à contacter en cas d'urgence :

Nom :	Prénom :	Lien de parenté :	Téléphone 1 :	Téléphone 2 :

Nous autorisez-vous à transporter l'enfant : ☐ oui ☐ non

Pour que l'inscription soit valide et complète, n'oubliez pas de nous faire parvenir en même temps que cette fiche dûment complétée :
(Tout dossier incomplet sera refusé et aucune réservation ne sera faite)

- La photocopie du carnet de vaccination, ou une attestation du médecin certifiant que les vaccins sont à jour.
- Le protocole médical d'utilisation de médicaments à faire remplir par votre médecin.
- Votre dernier avis d'imposition.
- L'Attestation CAF d'Aide aux Vacances 2024 (si vous en êtes bénéficiaire) Sans cette attestation vos droits ne vous seront pas attribués après validation de la facturation.
- Aide de la Mairie de Champigneulles complétée et tamponnée, ci-jointe (A faire compléter au moulin des générations, Champigneullais uniquement).
- 10€ d'adhésion annuelle (si non adhérent sur la période du 01/09/2023 au 31/08/2024).
- Mandat de prélèvement Sepa accompagné d'un RIB. Un acompte de 30% du tarif du Séjour sera prélevé 15 jours avant le départ. Possibilité de règlement par Chèque, CB, Virement, ANCV ou Espèces.

Grille tarifaire (Cadre réservé à l'administration du Fjep)

TARIF BRUT	ADHESION	ATL CAF QF <801€	AIDES MAIRIE CHAMPIGNEULLAIS
325 €			
TOTAL SEJOUR :			

Fermeture des inscriptions 15 jours avant le départ, le Fjep se réserve le droit d'annuler faute de participants. Pour toute annulation après la clôture des inscriptions, la totalité du séjour sera due, sauf sur présentation d'un certificat médical sous 48h.

AUTORISATION DE DROIT À L'IMAGE

Responsable légal 1 : Responsable légal 2 :

Autorisons notre enfant à apparaître sur les différents supports d'information que pourrait utiliser le centre de loisirs du FJEP dans le cadre de ses activités (cf. page 2 – droit à l'image des conditions générales du Fjep) : ☐ oui ☐ non

CONDITIONS GENERALES DU FJEP

Je soussigné (e).....parent de l'enfant reconnais avoir pris connaissance des conditions générales du Fjep, consultables sur notre site www.fjep-champigneulles.fr

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	oui	non	Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui	non	Date
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (<i>préciser</i>)			
ou Tétracoq							
B.C.G.							

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ? ☐ oui ☐ non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant*). Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

Allergies :

Médicamenteuses ☐ oui ☐ non
Alimentaires ☐ oui ☐ non

Asthme ☐ oui ☐ non
Autres ☐ 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

III - Informations Complémentaires :

Préciser si l'enfant est en PAI, bénéficie de l'AEEH, porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.... ?

Nom et téléphone du médecin traitant :

Je soussigné certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus 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.

☐ m'engage à fournir l'attestation de droit à la CMU ou à la CPAM/MSA de mon enfant, au plus tard au moment du départ du séjour, afin de pouvoir faciliter la prise en charge des frais de santé.

☐ certifie avoir répondu par la négative à toutes les questions du questionnaire santé ci-joint.

Le.....

Signature :

Si vous choisissez de régler vos prochaines factures par prélèvement Sepa, merci de remplir le tableau prévu à cet effet au verso de cette page.

***LE PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE :**

Suis-je informé(e) de la date et des montants des prélèvements qui vont se présenter sur mon compte ?

Oui. Les prélèvements seront effectués entre le 05 et le 10 de chaque mois.

Le prélèvement est-il payant ?

La mise en place du prélèvement peut être facturée par votre banque. Regardez les plaquettes tarifaires qui vous sont adressées par votre banque ou sur son site internet. Cependant, l'opération de prélèvement est en général gratuite.

Comment mettre fin à un mandat de prélèvement ?

À tout moment, vous pouvez mettre fin à un mandat de prélèvement (révocation) en donnant l'ordre par écrit au secrétariat du FJEP, de préférence par lettre recommandée avec accusé de réception, de ne plus émettre de prélèvement. Parallèlement informez votre banque en lui indiquant la référence unique de mandat de prélèvement (RUM) concerné et gardez-en trace. La révocation est le plus souvent gratuite.

Les conséquences d'une absence de provision :

Vous devez prévoir une provision suffisante sur votre compte le jour du prélèvement afin d'éviter que le prélèvement soit rejeté et que ce rejet génère des frais bancaires.

Que faire si la provision est insuffisante ?

- Avant la date du prélèvement, demandez rapidement au secrétariat du FJEP de reporter l'opération de prélèvement le temps d'approvisionner votre compte et prévenez votre banque. Vous pouvez nous proposer de nous régler votre facture par d'autres moyens (espèces, chèques, chèques vacances).
- À la date du prélèvement, il sera rejeté par votre banque pour absence de provision, sans information préalable, et des frais bancaires pourraient être appliqués

Choisir le prélèvement automatique c'est :

- Éviter tout retard ou oubli de paiement.
- Utiliser un moyen de paiement sécurisé et facile à mettre en place.
- Régler les sommes que vous devez à une date prévue à l'avance.
- Rester maître de vos règlements en ayant la possibilité de mettre fin au mandat de prélèvement à tout moment.

Référence unique du mandat	Mandat de Prélèvement SEPA	Créancier : FJEP de Champigneulles
	F J E P 2	

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le FJEP de CHAMPIGNEULLES à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du FJEP de CHAMPIGNEULLES.
En cas de litige ou de prélèvement abusif, vous pouvez bénéficier du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.
*Veillez compléter les champs marqués **

Votre nom *
Nom / Prénom du débiteur

Votre adresse *
Numéro et nom de la rue

* *
Code postal Ville

* *Pays*

Les coordonnées de votre compte

.....
Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)

.....
Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code)

Nom du Créancier Foyer de Jeunes de d'Éducation Populaire de CHAMPIGNEULLES

Identifiant créancier SEPA FR05ZZZ495105
61 RUE Hector Berlioz
54250 CHAMPIGNEULLES

Type de paiement Paiement mensuel, vers le 05 de chaque mois ☐ ou : Paiement ponctuel ☐ : facture n° FD
(valable à durée indéterminée) Paiement échelonné (activité uniquement) ☐ :

1^{ère} échéance :
2^{nde} échéance :
3^{ème} échéance :

*Signé à *le :
Lieu Date

*Veillez signer ici :
.....

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur – fournies seulement à titre indicatif	
Code identifiant du débiteur	* <i>Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque</i>
Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même)	* <i>Nom du tiers débiteur : si votre paiement concerne un accord passé entre le FJEP et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom. Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir</i>
	* <i>Code identifiant du tiers débiteur</i>

Pour toute nouvelle demande, merci de penser à nous joindre votre RIB.

PROTOCOLE MEDICAL

Je soussigné le Docteur,
prescrit les médicaments ci-dessous, dans le cadre de situations médicalisées en accueil de loisirs
pour le patient concerné :

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Poids :

Sexe : M F

Taille :

En cas de fièvre (38,5°C et +) et/ou douleurs (type maux de tête), prendre la posologie suivante :

En cas de chute ou de traumatismes bénins, autorisez vous le centre à appliquer de l'Arnica :

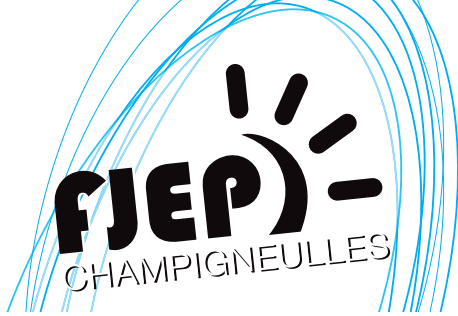
OUI

NON

Fait à :

Le :

Signature et Cachet du
médecin :



QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU MINEUR DANS LE CADRE DE LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITÉ SPORTIVE ET/OU DE L'INSCRIPTION À UN ACCUEIL DE LOISIRS (MERCREDIS, VACANCES, SÉJOURS), HORS DISCIPLINES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES

(Annexe II-23, art. A. 231-3 du code du sport)

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Tu es ☐ une fille ☐ un garçon	Ton âge : ans		
		OUI	NON
Depuis l'année dernière			
Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?		☐	☐
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?		☐	☐
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?		☐	☐
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?		☐	☐
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?		☐	☐
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?		☐	☐
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?		☐	☐
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?		☐	☐
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?		☐	☐
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?		☐	☐
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?		☐	☐
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)		☐	☐
Te sens-tu très fatigué (e) ?		☐	☐
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?		☐	☐
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?		☐	☐
Te sens-tu triste ou inquiet ?		☐	☐
Pleures-tu plus souvent ?		☐	☐
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?		☐	☐
Aujourd'hui			
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?		☐	☐
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?		☐	☐
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?		☐	☐
Questions à faire remplir par tes parents			
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?		☐	☐
Êtes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?		☐	☐
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)		☐	☐

Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.

BONNES VACANCES !



Aide aux départs pour les jeunes champigneulais



LA VILLE PROPOSE, EN PARTENARIAT AVEC PLUSIEURS PRESTATAIRES,
UNE AIDE AUX FAMILLES QUI SOUHAITENT INSCRIRE LEURS ENFANTS
EN COLONIES DE VACANCES D'HIVER ET D'ÉTÉ.



DOSSIER D'INSCRIPTION ET DEVIS *Vacances et Séjours 2024*

AIDE AUX VACANCES POUR SEJOURS AVEC HEBERGEMENT 2024

> POUR TOUTES LES FAMILLES CHAMPIGNEULLAISES

OBJECTIFS : FACILITER L'ACCÈS DES CENTRES DE LOISIRS AGRÉES OU D'UNE HABILITATION DE JEUNESSE ET SPORTS (COLONIES, CAMPS, SÉJOURS SPORTIFS, LINGUISTIQUES...) D'ÉTÉ PAR L'OCTROI D'UNE AIDE MUNICIPALE DONT LE MONTANT EST DIRECTEMENT VERSÉ À L'ORGANISME DE VACANCES AFIN QUE LES FAMILLES NE FASSENT QUE L'AVANCE DES FRAIS RESTANT À LEUR CHARGE.

> BARÈME DES PARTICIPATIONS FINANCIÈRES DE LA COMMUNE (EN VIGUEUR DE DÉCEMBRE 2023)

QUOTIENT FAMILIAL CAF	Montant de la participation communale (*)	Plafond de la participation
-330.67€	17.00€	275€
De 330.68€ à 570.65	18.00€	275€
De 570.66 à 744.47€	19.00€	275€
De 744.48€ à 909.81€	20.00€	330€
De 909.82€ à 1124.63€	16.00€	275€
De 1124.64€ à 1621.04€	13.00€	248€
Plus de 1621.05€	11.00€	110€

(*) Important : Il sera tenu compte des aides (CAF, Conseil Général, prestations qui sont versées par l'employeur, etc....) pour plafonner le concours financier communal afin de laisser, dans tous les cas, au moins 15 € par semaine à la charge de la famille.

> CONDITIONS D'OCTROI : CES AIDES SONT ACCESSIBLES

- Pour les **enfants de moins de 18 ans** (à la date du début de séjour) et domiciliés à Champigneulle,es,
- Pour des **séjours avec hébergement, sans les parents et via un organisme de vacances**,
- Aide limitée à **21 jours sur les périodes des vacances d'hiver et d'été**,
- Aide de la commune **est plafonnée (voir tableau)**.

> JUSTIFICATIFS À FOURNIR :

ALLOCATAIRE CAF	NON ALLOCATAIRE CAF
■ Photocopie de notification d'Aides aux temps libres 2024 OU photocopie de la dernière notification de prestations (obtention sur simple appel à la CAF) ■ Justificatif de domicile	■ Photocopie dernier avis d'imposition ou de non imposition sur le revenu (de toutes les personnes vivant sous le même toit) ■ Justificatif de domicile
POUR TOUS	
Devis du séjour +Attestation de l'employeur indiquant le montant de l'aide possible ou attestant qu'aucune aide n'est octroyée	

**ET DANS LE CADRE DE L'OPÉRATION «PREMIER DEPART»:
SI VOTRE ENFANT A, ENTRE 4 ET 18 ANS,
ET N'EST JAMAIS PARTI EN CENTRE DE VACANCES D'ÉTÉ,
VOUS POUVEZ BÉNÉFICIER D'UNE AIDE COMPLÉMENTAIRE.**

DEVIS AIDE AUX VACANCES POUR SEJOURS AVEC HEBERGEMENT 2024

DOSSIER n°/2024

ORGANISME :- Lieu du séjour.....

DATES : du /..... / 2024 au /..... / 2024, soitjours

ENFANT : Nom : Prénom :
Date de naissance :
adresse : 54250 Champigneulle,es

PÈRE : Nom et Prénom
Profession :
Nom et adresse de l'employeur :
.....
Situation familiale :
Téléphone : Portable :
Email :

MÈRE : Nom et Prénom
Profession :
Nom et adresse de l'employeur :
.....
Situation familiale :
Téléphone : Portable :
Email :

Quotient Familial CAF : € N°allocataire CAF :

PRIX DU Séjour (tout compris)	€
CAF (aide limitée à 21 jours par an) 0€ - 600€ = 55% du coût du séjour dans la limite de 525€ 601€ - 750€ = 45% du coût du séjour dans la limite de 462€	€
Comité d'entreprise	€
JPA Aide au premier départ	
Aie communale :€ x jours Le coût du séjour est plafonné	€
RESTE à la charge de la famille après déduction faite ci-dessus (MINIMUM 15 € PAR SEMAINE)	€

J'atteste sur l'honneur :

- l'exactitude des renseignements donnés,
- avoir fourni les attestations d'employeurs ou de comité d'entreprise
- avoir présenté les avis d'imposition ou de non imposition de tous les membres de la famille.

Fait à Champigneulle,es, le..... | | 2024

Signature :