



FICHE D'INSCRIPTION 2024

6^{ème}/5^{ème} 4^{ème} et +

LE JEUNE

Nom et Prénom : Date de Naissance: __ / __ / ____

Adresse :

CP : Commune :

Mail du jeune : Taille :

Téléphone portable du jeune : Poids :

Établissement scolaire fréquenté : Pointure :

PARENTS OU RESPONSABLES LEGAUX :

	PERE	MERE	RESPONSABLES LEGAUX
Nom et Prénom			
Adresse (si différente du jeune)			
Tél Fixe			
Tél Portable			
Tél Professionnel			
Mail (si différent du jeune)			
<input type="checkbox"/> Régime général <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre régime :	Quotient familial	N° Allocataire	N° sécurité sociale du jeune

Merci de fournir un justificatif de votre quotient datant de moins de 2 mois pour définir les tarifs des animations, dans le cas contraire vous serez facturé au tarif maximum.

AUTRES PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE ET D'ABSENCE DES PARENTS :

Nom et Prénom	Lien de parenté	Tél
1.		
2.		

LES AUTORISATIONS PARENTALES :

Je soussigné(e), Madame, Monsieur,, mère, père, responsable légal de

Cocher les autorisations qui vous conviennent :

- Autorise mon enfant à participer aux animations et sorties extérieures organisées par la structure jeunesse.
- Autorise mon enfant à voyager dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs jeune soit en voiture particulière ou en transport collectif.
- Autorise mon enfant à rentrer seul après les animations.
- Autorise mon enfant à aller et venir librement sur les temps d'accueil sans activité.
- Autorise le personnel de l'accueil de loisirs jeune à soigner, et prendre toutes mesures (hospitalisation, appel d'un médecin, ...) en cas d'incident ou d'accident pendant le temps d'accueil.
- Autorise les organisateurs à photographier ou filmer mon enfant dans le cadre de ces activités et éventuellement de les diffuser dans la presse locale, le bulletin communal, et les réseaux sociaux (Facebook et Instagram) de la structure.
- Autorise le directeur à consulter cafpro pour renseigner mon quotient familial.

ASSURANCE

L'adhérent est couvert par une assurance de responsabilité civile par le contrat n° souscrit auprès de la compagnie d'assurances Téléphone :

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES :

Vaccins obligatoires	Dates des derniers rappels
Antipoliomyélitique, Antidiphthérique, Antitétanique	
Vaccins recommandés	
B.C.G	
Antirougeoleuse, Antirubéolique, Antiourlienne	
Antihépatite B	
Autres vaccinations (précisez) :	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Votre enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments nécessaires dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec la notice.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Allergies	Causes de l'allergie
Médicamenteuses	
Alimentaires	
Autres	

Conduite à tenir en cas d'allergie :

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

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

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

Recommandations utiles des parents :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... Précisez :

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

MEDECIN TRAITANT :

Nom :
Commune d'exercice :
N° de Téléphone :

Le responsable légal s'engage à fournir à la structure d'accueil toutes modifications sur l'état de santé de son enfant.

Le dossier d'inscription est complet, si il contient :

La fiche d'inscription, l'assurance extra-scolaire, l'adhésion d'un montant de **5.00€** (facturation ultérieure : merci de ne pas payer lors du retour de cette fiche). Un certificat médical pourra vous être demandé pour les séjours.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement (consultable sur le site internet de la ville et à la structure d'accueil).

Fait à, le..... Signature du responsable légal :