

Anim'Jeunes

Dossier d'inscription

Coordonnées de l'adolescent

Nom :

Prénom :

Fille

Garçon

adresse :

.....

Code Postal : - Commune :

Tél du jeune :

Adresse mail :

Date de naissance :/..../.....

Photo

Coordonnées Père-Mère-Tuteur

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Code Postal :

Commune :

Téléphone :

Domicile :

Portable :

Employeur :

Adresse mail :

Je souhaite recevoir les informations des Anim'Jeunes sur ce
 mail (infos, inscriptions, etc).

Coordonnées Père-Mère-Tuteur

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Code Postal :

Commune :

Téléphone :

Domicile :

Portable :

Employeur :

Adresse mail :

Je souhaite recevoir les informations des Anim'Jeunes sur ce
 mail (infos, inscriptions, etc).

Facturation

Je souhaite recevoir ma facture des activités des Anim'Jeunes par mail. Je ne recevrai donc pas de facture papier

Droit à l'image

Le jeune pourra être photographié et/ou filmé dans le cadre des Anim'jeunes à des fins d'information et non commerciales. Ces supports pourront être utilisés sur les moyens de communication : bulletins municipaux et intercommunaux, presse, sites internet et autres supports de communications.

J'accepte

Je refuse

Certificat de natation

Pour que votre enfant puisse s'inscrire à toutes les activités aquatiques, merci de nous fournir le certificat de natation 25 m (les piscines vous le feront passer gratuitement)

Informations sur l'enfant

Personnes à prévenir en cas d'urgence et/ou habilitées à récupérer l'enfant (hors parents)

- J'autorise mon enfant à quitter seul les activités : oui non

<u>Nom Prénom</u>	<u>Qualité</u> (ex : oncle, voisin, ami, etc..)	<u>Téléphone</u> <u>fixe</u>	<u>Téléphone</u> <u>portable</u>

Recommandations des parents :

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

Renseignements médicaux

- L'enfant suit-il un traitement médical : oui non

Allergies

- Asthme : oui non
- Allergie médicamenteuse : oui non
- Allergie alimentaire : oui non
- Autre :

Précisez l'allergie et la conduite à tenir : (si automédication le signaler)

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

Habitudes alimentaires : sans porc sans viande
 autres à préciser :

Nom du médecin traitant :

Téléphone du médecin traitant :

Difficultés de santé : (maladie, handicap, accidents, crises convulsives, hospitalisation, etc..)

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

Vaccination (se référer au carnet de santé, indiquer la date du dernier rappel)

DT POLIO : (vaccin anti tétanique obligatoire)

BCG :

Hépatite B :

Rubéole, oreillons, rougeole :

Autres (précisez) :

N° Allocataire CAF : J'autorise le service Jeunesse à consulter mon quotient familial sur CAF Pro. A défaut, je m'engage à fournir une attestation de QF à jour ou la tarification maximum me sera appliquée.

OU

N° Allocataire MSA : Je m'engage à fournir une attestation de QF à jour ou la tarification maximum me sera appliquée.

Centres d'intérêts

Afin de pouvoir proposer des activités les plus adaptées aux jeunes, merci de nous indiquer les centres d'intérêts de vos jeunes ainsi que les activités que vos jeunes souhaiteraient faire :

.....
.....

Règlement

Je m'engage à respecter le fonctionnement des Anim'Jeunes que je fréquente, les locaux, le matériel ainsi que les personnes.

A **Le** **Signature du jeune :**

Je soussigné (e):

Responsable de l'enfant

- ◇ L'inscrit et l'autorise à participer aux activités proposées par les Anim'Jeunes
- ◇ Décharge le Président de Vienne Condrieu Agglomération et ses agents de toutes responsabilités en cas d'accident qui pourrait survenir avant et après les heures d'accueil de mon enfant aux Anim'Jeunes,
- ◇ Autorise le responsable des Anim'Jeunes à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale par l'état de santé de l'enfant)
- ◇ M'engage à ce que mon enfant respecte les règles de vie durant ces activités
- ◇ Déclare exact les renseignements portés sur cette fiche

A **Le**

Signature :