

Anim'Jeunes

Dossier d'inscription

L'ADOLESCENT

Coordonnées:

Nom :

Prénom :

Fille

Garçon

adresse :

.....

Code Postal : - Commune :

Tél du jeune :

Adresse mail :

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

Photo

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

Autorisation liés aux trajets:

Dans le cadre de déplacements (se rendre sur activités, urgences ...), le service peut-être emmené à se déplacer en minibus de location, voiture de société...

J'accepte

Je refuse

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

Scolarité

Etablissement :

Commune.....

Classe:.....

REFERENT de L'ENFANT

Qualité (Père, mère, tuteur , autre.....)

Nom :Prénom :

Situation familiale:

Adresse :

Code Postal : Commune :

Téléphone:

Domicile : Portable :

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.

La personne référente (citée ci-dessus) recevra la facturation .

En cas de parents divorcés qui souhaitent 2 facturations différentes,

merci de remplir 2 dossiers d'inscription.

Régime: MSA REGIME GENERAL

Département de rattachement:

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.

SANTE

Nom du médecin traitant :

Téléphone du médecin traitant :

Habitudes alimentaires : sans porc sans viande

Autres, préciser :

Personnes à prévenir en cas d'urgence et/ ou habilitées à récupérer l'enfant

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

Renseignements Sanitaires

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)/...../.....

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)

.....

.....

.....

.....

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

Si oui, fournir le protocole ou certificat médical

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

Recommandations des parents:

.....

.....

.....

.....

Certificat de natation *(Pas obligatoire, mais recommandé)*

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) -

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 du référent: