



INSCRIPTION CLUB "JEUNES" Intercommunal

ANNÉE SCOLAIRE 2023/2024

Nom : _____

Prénom : _____ Sexe : F M

Adresse : _____

Date de Naissance : --/--/---- à : _____ Classe : _____

Régime de Sécurité Sociale du responsable légal qui couvre l'enfant :

Cocher la case qui correspond à votre situation : Régime Général Régime Agricole Régime particulier

Numéro d'allocataire [OBLIGATOIRE]: _____

La carte temps libre et les chèques vacances A.N.C.V sont acceptés.

RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT

PARENT 1

PARENT 2

Nom/Prénom : _____

Nom/Prénom : _____

Adresse : _____

Adresse : _____

☎ domicile --/--/--/--/--

☎ domicile --/--/--/--/--

📞 --/--/--/--/--

📞 --/--/--/--/--

✉ _____

✉ _____

Situation familiale des parents : _____

Préciser à qui doit-être adressée la facture :

PARENT 1

PARENT 2

AUTORISATIONS PARENTALES

- Autorisation de droit à l'image :
- Au Pôle Jeunesse
 - sur le site de la collectivité
 - dans la presse locale
- j'autorise je n'autorise pas
 j'autorise je n'autorise pas
 j'autorise je n'autorise pas
- J'autorise mon fils/ma fille à participer aux activités du club "Jeunes" ainsi qu'à son transport aux différentes animations avec le minibus intercommunal si cela est nécessaire, selon les conditions fixées par les autorités organisatrices.
- J'autorise mon fils/ma fille à quitter seul, le club Jeunes ou le lieu d'activité [complexe sportif, stade municipal, etc...].
- Je n'autorise pas mon fils/ma fille à quitter seul, le club Jeunes ou le lieu d'activité [complexe sportif, stade municipal, etc...].
 Dans la négative, merci de noter ci-dessous le nom des personnes majeures autorisées à venir chercher le jeune.
 Nom/Prénom : _____

- J'autorise la Direction à prendre les mesures d'urgences prescrites par le médecin, y compris l'hospitalisation éventuelle. Si la situation l'exige, à faire pratiquer toutes interventions chirurgicales décidées par les instances médicales et m'engage à rembourser sur présentation des justificatifs, les frais engagés par la structure

Personne à prévenir en cas d'accident

[différente des parents] :

Nom/Prénom : _____

 _____

Nom/Prénom : _____

 _____

A _____, le _____
 Signature des responsables légaux

PIÈCES OBLIGATOIRES À JOINDRE A LA FICHE DE DEMANDE D'INSCRIPTION

Tout dossier incomplet ne sera pas accepté

- Attestation d'assurance (Responsabilité Civile Individuelle Accident ou extra-scolaire)
- Attestation de quotient familial
- Photocopie des pages de vaccination [pages 90 à 93] du carnet de santé
- Fiche sanitaire complète
- Acceptation signée du règlement de fonctionnement
- Pour les parents séparés ou divorcés, notification de garde de l'enfant



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

| VACCINATIONS OBLIGATOIRES | Oui | Non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|---------------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie | | | | Coqueluche | |
| Tétanos | | | | Haemophilus | |
| Poliomyélite | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| | | | | Hépatite B | |
| | | | | Pneumocoque | |
| | | | | BCG | |
| | | | | Autres (préciser) | |

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
MÉDICAMENTEUSES oui non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
Précisez

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

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :