

Documents à fournir

Tout dossier incomplet sera refusé

ALSH	Espace-jeunes
☐ Attestation d'assurance ☐ Photocopie de l'avis imposition N-2 ☐ Photocopie des vaccins ☐ Certificat médical multisports (pour les + 6 ans)	☐ Attestation d'assurance ☐ Test d'aisance aquatique ☐ Coupon règlement intérieur ☐ Certificat médical multisports ☐ Photocopie des vaccins ☐ Photo

Nom du mineur : Prénom :

Ecole fréquentée : Auguste Dupouy ☐ Thomas Donnard ☐ St Joseph ☐ Autres ☐

Date de naissance : Age : Classe : ☐ Fille / ☐ Garçon

Adresse principale :

@ des parents (important afin de vous communiquer diverses informations)

(du jeune) : @ (du jeune) :

Adresse si maison secondaire à Penmarc'h :

Mère	Père
Nom/Prénom :	Nom/Prénom :
Adresse :	Adresse :
Autorité parentale : ☐ Oui ☐ Non	Autorité parentale : ☐ Oui ☐ Non
N° Sécurité Sociale :	N° Sécurité Sociale :
<u>Téléphone personnel</u>	<u>Téléphone personnel</u>
:	:
:	:
@ :	@ :
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :
Avez-vous un commerce sur la commune :	Avez-vous un commerce sur la commune :
Adresse :	Adresse :
<u>Téléphone professionnel</u>	<u>Téléphone professionnel</u>
:	:

Situation Familiale : ☐ Célibataire ☐ Marié ☐ Pacsé ☐ Union libre ☐ Veuf/ve ☐ Divorcé ☐ Séparé

Nom et prénom du représentant légal ou tuteur (si différent des parents) :

Adresse :

: @ :

Régime de Caisse d'Allocation Familiale

☐ CAF ☐ MSA N° allocataire (obligatoire) :

Facturation

Souhaitez-vous recevoir vos factures : par mail ☐ par courrier ☐ par mail et par courrier ☐ à partir de mars 2017

RIB à fournir si paiement par virement

Personne (s) autorisée (s) :			
A venir chercher mon enfant	A contacter en cas d'urgence	Lien de parenté	Téléphone

Autorisations de sortie du mineur

Espace Jeunes :

☐ Autorise mon enfant à entrer et sortir librement (*hors inscriptions aux activités*).

☐ Autorise mon enfant à rentrer seul à la fin de l'activité qui se déroule en **journée**.

☐ Autorise mon enfant à rentrer seul à la fin de l'activité qui se déroule en **soirée**.

ALSH :

☐ Autorise mon enfant à rentrer seul à partir de **17h30**

Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant, elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

1/ **Nom / Prénom du mineur :**

2/ **Médecin traitant :** Adresse : 

3/ **Vaccinations (Ne pas oublier de joindre la copie)**

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

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3/ **Renseignements médicaux concernant l'enfant**

L'enfant 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 pris sans ordonnance.

ALLERGIE(S) :

☐ Oui ☐ Non

Si oui, laquelle :

CONDUITE A TENIR : (si automédication, le signaler)

RÉGIME ALIMENTAIRE

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel **fournir un certificat médical**

Projet d'Accueil Individualisé (**PAI**)

☐ Oui ☐ Non

Si oui, merci de prendre contact avec les responsables pour sa mise en place

Responsable du mineur

Je, soussigné(e).....responsable légal de l'enfant :

☐ Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche d'inscription et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

☐ La présence de mon enfant, dans une des structures d'accueil du service Enfance-Jeunesse, entraîne de ma part, **la connaissance et l'acceptation du règlement intérieur**.

☐ Autorise les organisateurs à prendre des photographies et/ou des vidéos de mon/mes enfant(s) pendant les activités à des fins de communication et de promotion.

"Toute personne a, sur son image et sur l'utilisation qui en est faite, un droit exclusif et peut s'opposer à sa diffusion sans son autorisation".

NB: Dans le cas d'images prises dans des lieux publics, l'autorisation est requise uniquement si l'image centre son attention sur une ou des personnes et qu'elle(s) est (sont) de ce fait reconnaissable(s)

☐ Autorise les organisateurs et l'équipe de direction à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur et m'engage à rembourser à la structure, les honoraires médicaux et frais pharmaceutiques avancés en raison des soins engagés.

Date :	Nom :	Prénom :
	Signature du responsable légal :	