

Renseignements administratifs : Le jeune

- Fille Garçon

Nom : Prénom:

Date de naissance :

Adresse :

Ville :

CP :

Mobile :

Mail (parent) :

Renseignements administratifs : La famille

Responsables légaux :

Père

Nom et prénom

.....
.....

Adresse :

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

Téléphones :

Domicile :

Portable :

Travail

Mère

Nom et prénom

.....
.....

Adresse :

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

Téléphones :

Domicile :

Portable :

Travail

N° d'allocataire CAF ou MSA : QF :

N° sécurité sociale :

Nom, adresse et n° d'assurance responsabilité civile :

.....

**Documents obligatoires à fournir pour
l'inscription**

- Photocopie attestation QF CAF ou MSA
- Photocopie des pages de vaccinations du carnet de santé ou un certificat médical signifiant les vaccins à jour.

Autorisation Parentale :

J'autorise mon enfant à :

Participer à toutes les activités de l'Espace Jeunes :

Activités Sportives

Activités Nautiques

Sorties, séjour

Activités de l'espace Jeunes

Autorise mon enfant à entrer/sortir librement pendant les accueils libres.

Autorise mon enfant à rentrer seul à la fin des activités

A _____, le ___/___/_____

Signature précédé de «**lu et approuvé**»

Communication :

Autorise le personnel de l'Espace Jeunes à utiliser son image sur tout support de communication (audio, vidéo, internet...) pour une publication dans les médias de la ville de Plouider

Oui

Non

Autorise mon enfant à recevoir les informations du service jeunesse via les outils de communication actuels (Facebook, Instagram, sms ..)

Oui

Non

Autorise l'envoi d'informations liées à l'Espace Jeunes par mail

Oui

Non

A _____, le ___/___/_____

Signature précédé de «**lu et approuvé**»

Renseignements sanitaires :

L'enfant suit-il un traitement particulier ?

Oui ? Non ? Si oui, lequel ?:

.....
.....

L'enfant a-t-il des allergies ou traitements médicaux ?

Oui ? Non ? Si oui, lequel ?:

.....
.....

L'enfant a-t-il un régime alimentaire spécifique ?

Oui ? Non ? Si oui, lequel ?:

.....
.....

Nom et Prénom du médecin traitant + téléphone

.....
.....

RESPONSABLE DU MINEUR et téléphone en cas d'urgence

.....

Je soussigné,..... responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

A _____, le//

Signature :