

Cadre réservé à l'administration

Mois d'adhésion : _____ copie n° matricule : _____

JUSTIFICATIFS A FOURNIR

Attestations de responsabilité civile ou extra-scolaire
 Brevet de natation (50m)
 Copie des vaccinations (dans le carnet de santé)

Maison des Jeunes de référence : _____

LE JEUNE	
NOM :	PRENOM :
Né(e) le : / / 20	Age : ans
Classe :	Etablissement scolaire :
N° de téléphone : / / / /	M@il : @
ASSURANCE : RESPONSABILITE CIVILE ou Extra SCOLAIRE (joindre une attestation)	
NOM de la Compagnie :	
N° de contrat :	

REPRESENTANT 1 :	REPRESENTANT 2 :
<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Veuf (ve)	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Veuf (ve)
NOM :	NOM :
PRENOM :	PRENOM :
Téléphone domicile : / / / /	Téléphone domicile : / / / /
Téléphone mobile : / / / /	Téléphone mobile : / / / /
M@il : @	M@il : @
Adresse : N° Voie _____	Adresse (si différente du Représentant 1) N° Voie _____
Code Postal : _____ Ville : _____	Code Postal : _____ Ville : _____
Profession :	Profession :
N° de téléphone professionnel : / / / /	N° de téléphone professionnel : / / / /
Ville employeur (en cas d'urgence) :	Ville employeur (en cas d'urgence) :
Nom employeur (en cas d'urgence) :	Nom employeur (en cas d'urgence) :

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (Autres que les représentants légaux)

NOM :	Téléphone : / / / /	Lien avec l'enfant :
NOM :	Téléphone : / / / /	Lien avec l'enfant :

PRESTATIONS FAMILIALES
Allocataire : <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA* <input type="checkbox"/> Autres * <input type="checkbox"/> Non Allocataire
Nom Allocataire : _____ N° Allocataire (obligatoire) _____
*Fournir un justificatif

DOSSIER SANTÉ

Médecin traitant

Nom :	Adresse :	Tél : : / / / /
--------------	------------------	------------------------

Vaccins obligatoires

Diphthérie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du dernier rappel :
Tétanos	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du dernier rappel :
Poliomyélite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du dernier rappel :

Votre enfant a-t-il eu une de ces maladies suivantes ?

Rubéole : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Angine : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Scarlatine : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Oreillons : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Votre enfant prend-il un traitement médical annuel : Oui* Non Lequel : _____

* Fournir une ordonnance médicale de l'année en cours

Votre enfant a-t-il des allergies (alimentaire, médicamenteuse...) ? : Oui* Non Préciser : _____

* Fournir une attestation médicale.

Recommandations utiles (difficultés santé, précautions à prendre, lunettes...)

AUTORISATIONS PARENTALES

1/ J'autorise mon enfant à participer à une sortie encadrée par l'animateur Oui Non

2/ J'autorise mon enfant à rentrer seul de la maison des jeunes Oui Non

3/ J'autorise mon enfant à sortir librement du local jeune (accueil libre). Oui Non

Attention : En cas d'interdiction de sortie libre (3), les conditions d'accueil du jeune devront être déterminées à l'inscription entre l'animateur, les parents et l'enfant. Ces conditions devront être formalisées par écrit et signées par les 3 parties.

Je soussigné(e) _____ représentant(e) légal(e) de _____

Autorise le transport de mon enfant et toutes interventions chirurgicales rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant: Oui Non

Reconnais avoir pris connaissance du Règlement Intérieur de l'Animation Jeunesse : Oui Non

Autorise l'animateur à transporter dans son véhicule mon enfant dans le cadre d'une animation : Oui Non

Autorise la Communauté d'Agglomération Pornic Agglo Pays de Retz à photographier ou filmer mon enfant pour les supports de communication de la structure (magazine intercommunal, plaquettes, expositions, site internet Pornic Agglo, réseaux sociaux, presse): Oui Non

Autorise la Communauté d'Agglomération Pornic Agglo Pays de Retz à interroger le site internet CAF « Cdap » avec mon N° allocataire CAF, afin de mettre à jour mon quotient familial: Oui Non

Atteste de l'exactitude des renseignements portés dans le présent formulaire et m'engage à signaler tout changement éventuel au service Animation Jeunesse: Oui Non

Atteste avoir pris connaissance que l'inscription à l'animation jeunesse sera définitive uniquement si le dossier est complet (les dossiers incomplets ne seront pas traités)

Fait à _____, le _____

Nom et signature