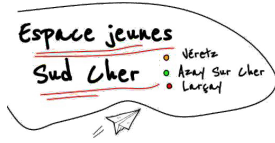


- Attestation d'assurance
 Certificat médical
 Test préalable de la pratique des activités aquatiques et nautiques
 Dossier Complet
 Paiement



Année Scolaire 2018 - 2019

Dossier d'adhésion à l'Espace Jeunes Sud Cher

FICHE DE RENSEIGNEMENT DU JEUNE

1/ RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE JEUNE

NOM : **Prénom** :
 Né(e) le : / / Sexe : M F
 Classe :
 Numéro de Tel. Portable du **jeune** : Mail :



2/ RESPONSABLES LÉGAUX / CONTACTS

	Parent 1 (ou tuteur/ice)	Parent 2 (ou tuteur/ice)
NOM Prénom		
Divorce ou séparation : les parents sont-ils conjointement titulaires de l'autorité parentale ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> (joindre une copie de l'acte)		
Adresse		
N° Téléphone Domicile		
N° Téléphone Portable		
Nom, adresse et numéro de téléphone de l'employeur		
Adresse mail		
Souhaitez-vous vous abonner à la liste de diffusion Enfance-Jeunesse, afin de recevoir des informations (projet et inscription de sorties, mini camps...) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

N° d'allocataire CAF (obligatoire)

3/ AUTRES PERSONNES À CONTACTER ET AUTORISÉES À VENIR CHERCHER LE JEUNE POUR TOUTES ACTIVITÉS⁽¹⁾

NOM	Prénom	Adresse	N° Téléphone

⁽¹⁾ Seules les personnes autorisées pourront venir chercher le jeune sur présentation d'une pièce d'identité.

4/ AUTORISATIONS

Je soussigné(e) M./Mme responsable légal du jeune
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche de renseignement et :

certifie avoir pris connaissance des Règlements Intérieurs des accueils auxquels mon enfant est inscrit et à en accepter les conditions (Les règlements sont affichés dans les lieux accueils et sont consultables en Mairie.)	Oui <input type="checkbox"/>
autorise l'utilisation de l'image de mon enfant sur les supports municipaux dans le cas où l'activité à laquelle il a participé pourrait être filmée ou photographiée.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
autorise mon enfant à se déplacer sur les limites du parc de la Gagnerie dans un groupe avec une démarche d'autonomie. Les animateurs auront la liberté de l'autoriser ou non en fonction du comportement.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
autorise mon enfant à participer au déplacement avec l'Espace Jeunes en mini bus sur le département pendant les horaires d'accueil.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
souhaite être prévenu par téléphone en cas de sorties spontanées sur la communauté de communes.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
autorise mon enfant à quitter seul l'accueil de loisirs ou les activités s'il le désire. Il ne sera plus sous la responsabilité des animateurs de l'Espace Jeunes.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Fait à

Le

Parent 1 :

Parent 2 :

Tuteur(trice)

FICHE SANITAIRE DU JEUNE (à compléter obligatoirement)

1/ MÉDECIN TRAITANT (Médecin inscrit sur la carte vitale.)

Nom : Coordonnées du cabinet : N°Téléphone :

2/ VACCINATIONS (Recopier les données figurant sur le carnet de santé ou les certificats de vaccination, les photocopies ne seront pas prises en compte.)

OBLIGATOIRE ⁽²⁾	Oui	Non	Date des derniers rappels	RECOMMANDÉES	Oui	Non	Date des derniers rappels
Diphtérie				Hépatite B			
Anti-tétanique				Rubéole-Oreillons			
Poliomyélite				Rougeole			
OU DT Polio				Coqueluche			
OU Tétracoq				BCG			

⁽²⁾ Si l'enfant n'a pas fait les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication sauf pour le vaccin anti-tétanique qui est obligatoire dans tous les cas.

3/ ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

MALADIES	Oui	Non	MALADIES	Oui	Non	MALADIES	Oui	Non
Rubéole			Coqueluche			Rhumatisme Articulaires aigu		
Varicelle			Otite			Oreillons		
Angine			Rougeole			Scarlatine		

4/ AFFECTIONS CHRONIQUES

ALLERGIES / MALADIES	Oui	Non	Préciser la cause de l'affection et la conduite à tenir (interventions, soins, autonomie de prise de médicaments)
Alimentaire			
Médicamenteuse			
Asthme			
Diabète			
Épilepsie			

5/ TRAITEMENT MÉDICAUX (Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance et sans courrier des parents)

Préciser si votre enfant est concerné par un traitement Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments dans leurs emballages d'origines avec la notice, marqués au nom du jeune.

6/ RECOMMANDATIONS

SANTÉ	Oui	Non	Préciser les difficultés de santé, les soins réguliers (leurs dates et les précautions à prendre)
Maladie			
Accident			
Crises convulsives			
Hospitalisation			
Opération			
Rééducation, soins			
APPAREILLAGE			
Lentilles, lunettes			
Prothèse auditive			
Prothèse dentaire			

En cas d'urgence, j'autorise le personnel encadrant à prendre toutes mesures jugées nécessaires pour la santé de mon enfant Oui Non

Je soussigné(e) M./Mme responsable légal du jeune déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche sanitaire.

Fait à

Parent 1 :

Parent 2 :

Le

Tuteur(trice) :

Nom : Prénom :

PIÈCE OBLIGATOIRE À FOURNIR

/ ATTESTATION D'ASSURANCE

Une **attestation d'assurance extrascolaire** devra être fournie lors de l'inscription à l'Espace-Jeunes.

/ CERTIFICAT MEDICAL

Un certificat médical pourra vous être demandé ultérieurement lors d'une inscription à une activité spécifique (ex : mini camp)

Je soussigné(e) M./Mme responsable légal du jeune

Fait à

Le

Signature obligatoire, précédée de la mention "**lu et approuvé**"

Parent 1 :

Parent 2 :

Tuteur(trice) :

DÉPÔT DU DOSSIER

Le dossier d'inscription devra être remis dûment complété aux responsables de l'Espace Jeunes avant le début des activités.

VOS CONTACTS

Espace Jeunes

Directeur :

Julien LENAY au 06 17 32 91 09 – j.lenay@touraineestvallees.fr

Animateur:

Lætitia BOURGADE au 06 16 33 06 40 – l.bourgade@touraineestvallees.fr

INFORMATIONS DIVERSES

Assurances (articles L227-5 et s. du Code de l'Action sociale) : La Commune est assurée en responsabilité civile pour l'ensemble des activités proposées. Nous informons les familles de leur intérêt à souscrire un contrat d'assurance individuelle accident couvrant les dommages corporels auxquels peuvent être exposés leurs enfants.

Informatique et libertés (loi du 6 janvier 1978) : Une partie des données collectées dans le présent dossier d'inscription fera l'objet d'un traitement informatisé. Les agents chargés du traitement des données sont soumis au secret professionnel. Conformément à la législation, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données vous concernant. Vous pouvez exercer votre droit en vous adressant au Service des Affaires Scolaires. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement informatisé des données vous concernant. Le fichier a été déclaré à la CNIL sous le n°244747.