

Dossier d'inscription

Accueil de loisirs ados

de 11 ans à 17 ans

PIECES A JOINDRE AVEC LE DOSSIER D'INSCRIPTION

- 1 photo d'identité (facultative)
- Copie de la page de vaccination obligatoire du carnet de santé (diphtérie/ tétanos/ polio)
OU certificat médical attestant que les vaccinations obligatoires sont à jour.

En cas de situations particulières :

- En matière de garde du jeune, la copie du document officiel mentionnant les termes de celle-ci.
- En cas d'allergie ou de problème de santé spécifique, la photocopie du protocole d'accompagnement individuel (PAI)

En cas d'activités particulières, un certificat médical et/ou une attestation d'aptitude aquatique peuvent être demandés.

Toute modification aux renseignements ci-dessous est à signaler immédiatement par écrit au service Jeunesse

LE JEUNE
Nom et Prénom du jeune :
Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :
Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
☎ Portable : /..... /..... /..... /.....
Email :@.....
Adresse postale principale du jeune :
.....
Etablissement scolaire fréquenté :
En cas de séparation des parents, l'enfant habite :
Chez son père <input type="checkbox"/> Chez sa mère <input type="checkbox"/> En garde alternée <input type="checkbox"/> Autres :

CADRE RESERVÉ À L'ADMINISTRATION	
	Coordonnées du (des) responsable(s) de l'enfant : /..... /..... /..... /..... Lien : /..... /..... /..... /..... Lien :

REPRESENTANTS LÉGAUX


RESPONSABLE LEGAL 1


Lien avec l'enfant :

Nom :

Prénom :

Lien avec l'enfant :

 Domicile : /..... /..... /..... /.....

 Portable : /..... /..... /..... /.....

 Professionnel : /..... /..... /..... /.....

Email :@.....

Adresse postale (si différente de l'enfant) :
.....
.....

Véhiculé : oui non

Catégorie socio professionnelle :

- Agriculteur exploitant
- Artisan, Commerçant, Chef d'entreprise
- Cadre et profession intellectuelles sup.
- Professions intermédiaires
- Employé
- Ouvrier
- Retraité
- Sans activité professionnelle

Lieu de travail :


RESPONSABLE LEGAL 2

Lien avec l'enfant :

Nom :

Prénom :

Lien avec l'enfant :

 Domicile : /..... /..... /..... /.....

 Portable : /..... /..... /..... /.....

 Professionnel : /..... /..... /..... /.....

Email :@.....

Adresse postale (si différente de l'enfant) :
.....
.....

Véhiculé : oui non

Catégorie socio professionnelle :

- Agriculteur exploitant
- Artisan, Commerçant, Chef d'entreprise
- Cadre et profession intellectuelles sup.
- Professions intermédiaires
- Employé
- Ouvrier
- Retraité
- Sans activité professionnelle

Lieu de travail :

Informations diverses


Souhaitez-vous recevoir notre newsletter par mail (environ tous les 3 mois) ? oui non

Si oui, merci d'indiquer ci-après votre (vos) adresse(s) mail(s) :

Nom/prénom : Mail.....@.....

Nom/prénom : Mail.....@.....

Nom/prénom : Mail.....@.....

 **Co-voiturage :**

Si vous avez la possibilité de co-voiturer d'autres enfants, seriez-vous intéressé(e) par cette démarche ?

oui non

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

De janvier 2018 à décembre 2018

NOM :
PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE :/...../.....
GARÇON FILLE

**Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de loisirs.
Elle sera transmise à l'équipe de secours en cas d'urgence.**

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations du jeune et en joindre une copie)

	Oui	Non	Dates des derniers rappels
Vaccins obligatoires : DT polio Ou Tétracoq *			
Autres :			

* Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant l'accueil ? 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**).

Attention : Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

- L'enfant a-t-il déjà eu les **maladies suivantes** ?

RUBÉOLE <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	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OREILLONS <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
SCARLATINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	COQUELUCHE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OTITE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

- L'enfant a-t-il déjà eu des **allergies** ?

	Oui	Non	Précisez la nature de l'allergie et la conduite à tenir (<u>si automédication : le signaler</u>)
Asthme			
Allergies alimentaires			
Allergies médicamenteuses			
Autres allergies			

Indiquez les **problèmes de santé** (maladie, accident, crises convulsives, opération, intolérance, etc), les **contre-indications** ou toute autre information qu'il vous semble utile de signaler, en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

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

Nom et téléphone du médecin traitant :

RESPONSABLE DU JEUNE

Je soussigné(e),

Nom Prénom : **Téléphones** :

responsable légal du jeune, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant : appeler les secours, suivre les directives de l'équipe de secours et/ou médicale (hospitalisation, intervention chirurgicale, transfusion sanguine ...).

Date : Signatures du(es) responsable(s) légal(ux) :

AUTORISATIONS

1- J'autorise l'organisateur à :

- Avancer les frais éventuels de soins et m'engage à les rembourser au plus tôt
- Transporter mon enfant par les moyens jugés nécessaires en véhicule de service et de location
- Diffuser les photos et vidéos sur lesquelles apparaît mon enfant pour la promotion des activités du service jeunesse (flyers, site internet, réseaux sociaux etc...) **oui** **non**
- Laisser mon enfant partir seul après l'activité **oui** **non** :
 - Sur toutes les communes **oui** **non**
 - Uniquement sur la (les) commune(s) suivante(s) :

2- J'autorise la ou les personnes suivantes à récupérer mon enfant après l'activité :

Nom : Prénom : Tel : /.... /.... /.... /....

Nom : Prénom : Tel : /.... /.... /.... /....

Nom : Prénom : Tel : /.... /.... /.... /....

Le responsable légal :

- Je déclare **exacts les renseignements portés sur ce dossier.**
- Je m'engage à **signaler tout changement** dans les informations transmises à ce jour
- Je déclare **avoir souscrit une assurance de responsabilité civile extrascolaire** pour mon enfant.
- Je déclare **avoir pris connaissance** du **projet de fonctionnement** et du **règlement intérieur** de l'Accueil de Loisirs Ados du Service jeunesse de la Communauté de communes Provence Verdon et j'en accepte pleinement les conditions. *Ces documents sont téléchargeables sur le site www.provenceverdon.fr ou disponible à la demande de chacun.*

Nom, Prénom :

Le : à

Signature obligatoire précédée de la mention « lu et approuvé » :

Le jeune :

Je déclare **avoir pris connaissance** du **projet de fonctionnement** et du **règlement intérieur** de l'Accueil de Loisirs Ados du Service jeunesse de la Communauté de communes Provence Verdon et j'en accepte pleinement les conditions.

Nom, Prénom :

Le : à

Signature obligatoire précédée de la mention « lu et approuvé » :