

# FICHE INSCRIPTION 2023

## ESPACE JEUNES

Ne pas remplir

Transport

Allergies

Droit Image

Première adhésion  Réinscription

Connaissance de l'Espace jeunes

plaquette

école

site de la Mairie

bouche à oreilles

autre \_\_\_\_\_

### LE JEUNE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

N° de portable du jeune : \_\_\_\_\_

E-mail (pour recevoir en avant première les plaquettes) : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_ Etablissement : \_\_\_\_\_

PHOTO

### LES PARENTS OU LE REPRESENTANT LEGAL

	Père	Mère
Nom		
Prénom		
Adresse		
tel domicile		
tel portable		
tel travail		
Profession		
Affiliation au régime	<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre
N° sécurité sociale pour MSA		

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et de la Charte de Vie de l'Espaces Jeunes. Je m'engage à le respecter dans son intégralité.

Le \_\_\_\_\_ Signature du participant

**Quotient familial** : si votre quotient familial est inférieur à 336 merci de nous faire parvenir votre attestation de la CAF pour pouvoir bénéficier d'une réduction de 10 % sur le coût des animations.

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

**Vaccinations:** *Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant.*

Vaccinations obligatoires	oui	non	Dates des rappels (dernière injection)	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole	} <b>ROR</b>
Poliomyélite				Oreillons	
<b>Ou</b> DT Polio				Rougeole	
Pentacoq (coqueluche)				Autre (préciser) : .....	
<b>Ou</b> Pentavac					

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

- Nom et n° tel du médecin traitant : \_\_\_\_\_
- Le jeune suit-il un traitement médical ?  OUI  NON  
Si oui, n'oubliez pas de joindre l'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.  
**Aucun médicament ou autre ne sera donné sans ordonnance.**
- Le jeune a-t-il des allergies ?  OUI  NON  
Si oui, lesquelles \_\_\_\_\_
- Le jeune porte-t-il ?  des lentilles,  des lunettes,  des prothèses auditives,  
 autre, préciser \_\_\_\_\_

Recommandations particulières (maladies, particularités, ...) :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## AUTORISATIONS

Nous soussignons, Mme, Mr, \_\_\_\_\_  
Père, mère, tuteur ou responsable légal de l'enfant \_\_\_\_\_

OUI  NON Autorisons notre enfant à s'inscrire et à participer aux activités de l'Espace jeunes.

OUI  NON Autorisons les responsables à transporter ou faire transporter notre enfant pour les activités de l'Espace jeunes par véhicule personnel.

OUI  NON Autorisons notre enfant, dans le cadre des activités de l'Espace jeunes, à être photographié / filmé et autorisons la diffusion pour des supports de communication ( Gram'actu, site internet, album numérique et papier, ...)

OUI  NON Autorisons les responsables à faire hospitaliser mon enfant en cas de besoin.

Certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Espace jeunes et l'acceptons.  
Déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à \_\_\_\_\_

Signatures

Le \_\_\_\_\_

### Documents à fournir lors de l'inscription :

- Cette fiche d'inscription remplie
- L'attestation d'assurance responsabilité civile avec les nom et prénom de l'enfant (comme pour l'école)
- Le coût de l'inscription pour une année civile (de janvier à décembre) : 8 € par chèque à l'ordre du Trésor Public ou en espèce.