

FICHE D'INSCRIPTION à L'ACCUEIL JEUNES DE PONS



Date de remise de la fiche :

Joindre à l'inscription:

- ◇ Le règlement intérieur signé
- ◇ Un certificat médical
- ◇ Le droit à l'image
- ◇ La photocopie du carnet de santé
⇒ La cotisation annuelle 6€

IDENTITE DU JEUNE

NOM PRENOM
NE(E) LE A

RESPONSABLE LEGAUX

PÈRE

NOM PRENOM
ADRESSE COMPLETE
.....
TELEPHONE DOMICILE PORTABLE
TELEPHONE EMPLOYEUR (utilisé seulement en cas d'urgence)
E-MAIL

MERE

NOM PRENOM
ADRESSE COMPLETE
.....
TELEPHONE DOMICILE PORTABLE
TELEPHONE EMPLOYEUR (utilisé seulement en cas d'urgence)
E-MAIL

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIF

Mon enfant dépend du

- ◇ Régime CAF (QF inférieur à 760€ - fournir la copie)
- ◇ Régime général et MSA

Caisse de sécurité sociale couvrant l'enfant : N° :

Mutuelle couvrant l'enfant..... N° :

Responsabilité civile couvrant l'enfant : N° :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

DIFFICULTES DE SANTE A SIGNALER (Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (votre enfant porte-t-il des lunettes, prothèses auditives, dentaires...)

MEDECIN TRAITANT LOCALITE TEL

CERTIFICAT MEDICAL

JE SOUSSIGNE, DOCTEUR CERTIFIE QUE

NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION APPARENTE POUR PARTICIPER AUX ACTIVITES ET AUX SEJOURS A DOMINANTE SPORTIVES (SURF, SKI, VTT...) ORGANISEES PAR L'ACCUEIL JEUNES.

DATE DE L'EXAMEN

SIGNATURE MANUSCRITE

CACHET

AUTORISATION PARENTALE

JE SOUSSIGNE (E)

Mme/Mr AUTORISE MA FILLE/MON FILS

A VENIR AU LOCAL JEUNES ET A PARTICIPER A TOUTES LES ACTIVITES PROPOSEES.

- J'AI EU CONNAISSANCE DES HORAIRES ET J'AUTORISE MON ENFANT A VENIR OU PARTIR SEUL.
- JAI EU CONNAISSANCE QUE MON ENFANT N'EST PLUS SOUS LA RESPONSABILITE DES ANIMATEURS A PARTIR DU MOMENT OU IL LE QUITTE.
- J'AUTORISE LES ANIMATEURS A CONDUIRE MON ENFANT SUR LES DIFFERENTS LIEUX D'ACTIVITE DANS LE VEHICULE DU CENTRE.
- EN CAS DE NECESSITE, MON ENFANT DOIT ÊTRE HOSPITALISE A
- J'AUTORISE LES RESPONSABLES A PRENDRE TOUTES LES MESURES MEDICALES OU CHIRURGICALES RECONNUES COMME NECESSAIRES.
- J'AUTORISE LES ANIMATEURS
 - A PRENDRE MON ENFANT EN PHOTO
 - A DIFFUSER LES PHOTOS (interne à la structure)
 - A DIFFUSER LES PHOTOS (réseaux et presse locale)

JE DECLARE EXACT LES RENSEIGNEMENTS PORTES SUR CETTE FICHE,

FAIT A PONS, LE

SIGNATURE DU REPRESENTANT LEGAL