

# ESPACE JEUNES JARNAC

## DOSSIER D'INSCRIPTION

### 2021-2022



#### Cadre réservé à l'administration

Date de l'inscription : ..... Par : .....

- Adhésion de \_\_\_\_\_€ (chèque ou espèce)       Fiche d'inscription complète  
 Règlement intérieur signé       Attestation de responsabilité civile

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom : ..... Prénom : .....

Né le : ...../...../..... A : .....

- Garçon       Fille

Établissement scolaire fréquenté (rentrée 2021) : .....

Classe : .....

- Sait nager       Ne sait pas nager

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Téléphone (de l'ado) : .....

Mail (de l'ado) : .....

Responsable légal 1 :  Père  Mère  Tuteur  Autre (précisez).....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone fixe : .....

Téléphone portable (obligatoire) : .....

Téléphone professionnel : .....

Mail (obligatoire) : .....

Responsable légal 2 :  Père  Mère  Tuteur  Autre (précisez).....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone fixe : .....

Téléphone portable (obligatoire) : .....

Téléphone professionnel : .....

Mail (obligatoire) : .....

Situation familiale :  Mariés / Pacsés / Concubins  Divorcés / Séparés (garde alternée oui / non)

Autre (précisez).....

.....

.....

Régime allocataire :

CAF si oui, numéro d'allocataire : .....

Montant du quotient familial : .....€ (+justificatif)

MSA si oui, numéro de sécurité sociale de l'ado ou du parent auquel il est rattaché : .....

# FICHE SANITAIRE

Nom du médecin traitant : .....

Téléphone : .....

## Vaccination (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant) :

Je déclare que les vaccins obligatoires (antidiphtérique, antitétanique et antipoliomyélitique) de mon enfant sont à jour ou dans le cas contraire, m'engage à fournir un certificat médical de contre-indication à ces vaccinations.

## Allergies

➤ Asthme : oui  non  A sa ventoline sur lui et se gère seul : oui  non

Précisions (type d'asthme, auto-médication, conduite à tenir en cas de crise, etc) : .....

➤ Alimentaires : oui  non

Précisions (type d'aliment, réaction, etc) : .....

➤ Médicamenteuses : oui  non

Précisions (nom du/des médicaments, réaction, etc) : .....

➤ Autres allergies : oui  non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) : .....

## Recommandations utiles (difficultés de santé, traitements, précautions, lunettes/lentilles, régime particulier, PAI, comportement...) :

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

# AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné .....responsable légal de  
l'adolescent..... :

- Atteste l'exactitude des renseignements et informations transmises et m'engage à signaler tout changement modifiant les indications mentionnées sur cette fiche auprès de la structure
- Autorise mon fils / ma fille à participer aux activités et sorties organisées par l'Espace Jeunes, même de manière improvisée sur les temps d'accueil
- Autorise mon fils / ma fille à être transporté(e) dans les véhicules utilisés par l'Espace Jeunes (bus, minibus, véhicule Grand Cognac)
- Certifie que mon enfant est à jour des vaccinations obligatoires ou dans le cas contraire, m'engage à fournir un certificat médical de contre-indication à ces vaccinations
- Autorise les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale (Traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) et à le faire transporter à l'hôpital en cas de besoin
- Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter
- Reconnais avoir été informé(e) de l'intérêt de souscrire une assurance garantissant les accidents corporels dans le cas où mon enfant se blesserait seul ou blesserait un autre enfant.

Responsable légal 1

Nom et Prénom du signataires

.....

Date : ...../...../.....

Signature

Responsable légal 2

Nom et Prénom du signataires

.....

Date : ...../...../.....

Signature