



DOSSIER D'INSCRIPTION 11-17 ANS

ACCUEIL JEUNES 2024-2025

JEUNE

Nom de l'enfant: Prénom de l'enfant:

Date de naissance: Lieu de naissance:

Age: Masculin Féminin N° de téléphone :

Numéro de téléphone du jeune :

Assurance individuelle – Nom de l'assurance : - N° de contrat

RESPONSABLES LEGAUX

Statut : Marié(e) Concubin(ne) Divorcé(e) / Séparé(e)

• RESPONSABLE 1 :

Nom-Prénom:

Qualité : Père Mère Autre (préciser) :

Adresse:

Ville: Code postal:

Numéro téléphone: Portable : Domicile :

Tel Pro :

Email:

• RESPONSABLE 2 :

Nom-Prénom:

Qualité : Père Mère Autre (préciser) :

Adresse:

Ville: Code postal:

Numéro téléphone: Portable : Domicile :

Tel Pro :

Email:

FACTURATION

- Facturation : au père **OU** à la mère
 Autre (préciser) :
- Facturation séparée aux 2 parents, **uniquement en cas de garde partagée ou alternée sur présentation de la décision de justice relative à la garde de l'enfant et précisez :**
- Garde partagée (préciser) :
 - Garde alternée :
 - 1 semaine sur 2 (préciser) : paires père/mère – impaires père/mère
 - Autre (préciser) :

N° d'allocataire CAF : – Nom de l'allocataire :

Bénéficiaires des aides aux vacances CAF : Non Oui : joindre la notification CAF en cours de validité

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- ❖ Votre enfant a-t-il des difficultés de santé (maladie, accident, rééducation, opérations...), en précisant les précautions à prendre ? :

.....
.....

- ❖ Votre enfant a-t-il des allergies ? Non Oui

Si oui, lesquelles ?

Alimentaires :

Médicamenteuses :

Autres :

- ❖ Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier : Non Oui

Si oui, lequel ?

- ❖ Votre enfant porte-t-il des lunettes ? Non Oui

Votre enfant porte-t-il des lentilles ? Non Oui

Votre enfant porte-t-il un appareil auditif ? Non Oui

Votre enfant porte-t-il un appareil dentaire ? Non Oui

AUTORISATIONS

- ❖ **Prise de photo** : Nous donnons notre consentement sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages ou d'articles portant sur les animations réalisées dans la structure d'accueil Oui Non
- ❖ **Hospitalisation et soins d'urgence** : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de notre enfant (soins d'urgence, hospitalisation...) Oui Non

- ❖ **Pratique des activités** : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités, y compris sportives, et à monter dans les transports organisés par la structure
- ❖ **Partir seul** : Nous autorisons notre enfant à quitter seul la structure d'accueil à 16h30

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

PERSONNES À CONTACTER (AUTRE QUE RESPONSABLES LEGAUX)

	Nom	Prénom	Qualité	N° téléphone	Appel en cas d'urgence	Autorisé à récupérer l'enfant
1					OUI / NON	OUI / NON
2					OUI / NON	OUI / NON
3					OUI / NON	OUI / NON
4					OUI / NON	OUI / NON

LISTE DES DOCUMENTS À FOURNIR

À joindre impérativement à ce dossier

- Attestation de quotient familial de la CAF (ou à défaut dernier avis d'imposition du foyer)
- Fiche sanitaire
- Attestation d'assurance individuelle en cours de validité
- Attestation de prise connaissance du règlement intérieur (coupon en dernière page du règlement)
- Attestation de réussite au test d'aisance aquatique (pour les inscriptions aux activités nautiques)

A joindre le cas échéant

- Notification des aides aux vacances de la CAF pour l'année en cours

Nous soussignés....., responsables légaux de l'enfant.....

- Certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure
- Nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant le présent dossier
- Certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile
- Attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés par le présent formulaire.

Fait à :, le

Signature Responsable 1

Signature Responsable 2