



# 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 de moins de 3 mois (ou à défaut dernier avis d'imposition du foyer)
- Fiche sanitaire
- Copie du carnet de vaccination à jour
- 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