

# FICHE D'INSCRIPTION à L'ACCUEIL de LOISIRS JEUNES DE PONS



Date de remise de la fiche : .....

Joindre à l'inscription:

- ◇ Le règlement intérieur signé
- ◇ La photocopie du carnet de santé
- ◇ La cotisation annuelle (valable de juillet à décembre 2021)  
⇒(3€ adhésion structure + 2€ fonctionnement)

## 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 À 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 .....

## AUTORISATION PARENTALE

JE SOUSSIGNE (E)

Mme/Mr.....AUTORISE MA FILLE/MON FILS .....

À VENIR AU LOCAL JEUNES ET À PARTICIPER À TOUTES LES ACTIVITES PROPOSÉES.

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

JE DECLARE EXACT LES RENSEIGNEMENTS PORTÉS SUR CETTE FICHE,

FAIT À PONS, LE .....

SIGNATURE DU REPRESENTANT LEGAL