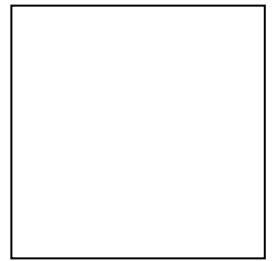




FICHE INSCRIPTION ANIMATION JEUNES (11 à 17 ans)



1 – JEUNE

NOM :

PRENOM :

SEXE : M ou F

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

.....

CLASSE :

Pour les couples séparés, précisez l'attribution de la garde :

Mère Père Autres (précisez) :

2 – RESPONSABLES DU JEUNE

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

.....

TELEPHONE :- domicile :

- bureau :

- portable :

E-MAIL (*pour recevoir les programmes, feuilles de réservations, factures, informations diverses*) :

.....

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

.....

TELEPHONE :- domicile :

- bureau :

- portable :

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE JEUNE

TRAITEMENT :

Suit-il un traitement ? oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom du jeune avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance

ALLERGIES :

Asthme : oui non

Médicamenteuses : oui non

Alimentaires : oui non

Autre :

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

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

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE :

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

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

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

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT :

J'autorise Je n'autorise pas mon enfant à rentrer seul à la fin des activités.

Personnes majeures autres que les parents autorisées à le récupérer :

Nom, prénom, qualité : Tél :

Nom, prénom, qualité : Tél :

Nom, prénom, qualité : Tél :

Nom, prénom, qualité : Tél :

J'autorise Je n'autorise pas la photographie de mon enfant pendant les activités et sa publication éventuelle dans la presse municipale, locale ou sur des supports de communication

Numéro allocataire CAF :ou MSA :

J'autorise Je n'autorise pas la conservation de mes données personnelles lors de la consultation de mon quotient familial.

Je soussigné, responsable légal du jeune, déclare avoir pris connaissance des conditions d'accueil de mon enfant, du règlement intérieur, du projet éducatif et du projet pédagogique de l'accueil de loisirs « Animation jeunes ».

DATE :

SIGNATURE du parent:

SIGNATURE du jeune: