



Structure ados 11 – 17 ans

DOSSIER D'INSCRIPTION 2023-2024

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

Féminin Masculin

N° de portable :

Adresse postale :

.....

Adresse mail :

N° de sécurité sociale :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pour l'accueil collectif de mineurs.

RESPONSABLES LEGAUX

Représentant légal 1

NOM :

Prénom :

Qualité : Père Mère Tuteur

Adresse :

CP : Ville :

Mail :

Représentant légal 2

NOM :

Prénom :

Qualité : Père Mère Tuteur

Adresse :

CP : Ville :

Mail :

NOM DES PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

- | | |
|-------------------|--------|
| 1. Nom / Prénom : | Tél. : |
| 2. Nom / Prénom : | Tél. : |
| 3. Nom / Prénom : | Tél. : |
| 4. Nom / Prénom : | Tél. : |
| 5. Nom / Prénom : | Tél. : |

AUTORISATIONS

- J'autorise la structure communale à utiliser les photos pour la communication liée aux activités.

Oui Non

- A la fin des activités, j'autorise mon enfant à rentrer tout(e) seul(e) à son domicile.

Oui Non

- Un suivi de présence est mis en place ainsi qu'un registre de sortie de la structure :

- Toute sortie, au cours de l'activité, sera notée et signée par le jeune et dégage l'animateur de sa responsabilité.
- Le jeune se retrouve à ce moment-là sous la responsabilité de ses parents ou représentants légaux.

FICHE SANITAIRE 2023-2024

1. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations).

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS OBLIGATOIRES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Hæmophilus influenzae b (HIB)	
Ou Tétracoq				Méningocoque C	
BCG				Pneumocoque	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication. Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE JEUNE

Suit-il un traitement médical ? OUI NON A-t-il eu les maladies suivantes ?

RUBÉOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

- ALLERGIES :** ASTHME
 ALIMENTAIRES
 MÉDICAMENTEUSES

Indiquez ci-après

- **Les difficultés de santé éventuelles** (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, rééducation) en précisant les précautions à prendre :

.....
.....

- **Des recommandations utiles :** porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

.....

- **En cas d'urgence vitale, j'autorise l'animateur à contacter en priorité les pompiers puis les responsables légaux (et/ou contacts d'urgence), afin de prendre en charge mon enfant au plus vite.**

OUI NON

3. MEDECIN TRAITANT

NOM :

Adresse :

Numéro de téléphone :

N° de Sécurité Sociale du jeune :

AUTORISATION D'UTILISATION DU DROIT A L'IMAGE (MINEUR)

J'autorise la Commune de BRACH et la structure B2B à utiliser la photographie représentant mon enfant pour les usages mentionnés ci-dessous.

En ne refusant aucune autorisation, la/les photographie(s) pourra/ont être utilisée(s) sur tous les supports indiqués. En cas de désaccord pour l'une ou plusieurs des utilisations, ci-dessous, rayez la/les mention(s) concernée(s).

- Bulletin Municipal (Brachinfos) y compris dans son édition numérique)
- Communiqué de presse (Sud-Ouest, Journal du Médoc, ...)
- Facebook de la Commune et de la bibliothèque municipale
- Autres réseaux sociaux (YouTube, Whatsapp)
- Publications et visuels imprimés par la Commune (guides pratiques, plans, affiches, dépliants, informations aux habitants, etc...)

ENGAGEMENT DE LA COMMUNE

- Les images ne pourront pas être cédées à des tiers.
- Les images ne pourront en aucun cas être dénaturées, ni détournées de leur contexte, par un montage ou par tout autre procédé.
- La légende ne pourra pas porter atteinte à la vie privée ou à la réputation de la personne.
- Vous pourrez faire valoir votre droit d'accès et votre droit de rectification et de suppression des données qui vous concernent (art. 34 de la loi informatique et libertés » du 6 janvier 1978). La Mairie tiendra à votre disposition un justificatif de chaque parution, disponible sur simple demande auprès de son secrétariat : mairie.brach@orange.fr

REGLEMENT INTERIEUR DE LA STRUCTURE

QUELQUES REGLES SIMPLES POUR UNE STRUCTURE COOL !

AVOIR TOUJOURS LE SOURIRE AVEC L'ENVIE DE VENIR !

ÊTRE A JOUR DE SON DOSSIER

SI J'OUVRE – JE REFERME

SI J'ALLUME – J'ETEINS

SI JE CASSE – JE REPARRE

SI JE NE PEUX PAS REPARER – JE LE DIS

SI J'EMPRUNTE – JE RENDS

SI JE METS LE BAZAR OU JE DEPLACE – JE RANGE ET REMETS EN PLACE !

SI JE NE SAIS PAS – JE N'OUBLIE PAS DE DEMANDER !

JE RESPECTE LES AUTRES ET LES ADULTES, JE SERAI RESPECTE.E EN RETOUR !

LE SMARTPHONE EST AUTORISE CEPENDANT IL SERA RANGE PENDANT L'ACTIVITE !

JE NE FUME PAS A L'ACCUEIL DU MERCREDI

MOTIFS D'EXCLUSION DEFINITIVE :

- **Violence verbale ou physique**
- **Poster sur les réseaux sociaux une photo, vidéo ou autre d'une personne sans son autorisation.**
- **Présence de drogue, d'objet dangereux ou d'alcool.**

DOCUMENTS A FOURNIR

- ✓ Justificatif de domicile
- ✓ Attestation d'assurance Responsabilité Civile ou extrascolaire
- ✓ Certificat médical pour la pratique du sport multi activités de moins de 3 ans ou licence de sport
- ✓ Brevet de natation ou Attestation d'aptitude préalable à la Pratique d'Activités Nautiques (PAN)

DOCUMENTS FACULTATIFS

- ✓ PSC1 (Prévention et Secours Civiques de niveau 1)

Le/les représentant(s) légal(aux) déclare(nt) exacts les renseignements portés sur la fiche sanitaire et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par son état.

CONDITIONS DE L'ACCORD DU DROIT A L'IMAGE pour chaque représentant légal du mineur :

- Il marque expressément son accord sur les conditions énoncées, en rayant la ou les utilisations.
- Il est conscient que cet accord l'engage contractuellement conformément au Code Civil.
- Il confirme que cette autorisation est donnée en connaissance de cause et sans contrepartie. Il ne pourra prétendre à aucune rémunération du fait des utilisations des images réalisées. Il s'engage à ne pas les reproduire, n'étant pas l'auteur des images qui seront envoyées par voie électronique.

Le/les représentant(s) légal(aux) et le jeune acceptent le règlement intérieur.

DATE :

Signatures :