

# FICHE D'INSCRIPTION - POINT JEUNES



E  
N  
F  
A  
N  
T

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Tranche d'âges

10 - 12 ans  
(CM2 - 6<sup>ème</sup> - 5<sup>ème</sup>)

13 - 17 ans  
(4<sup>ème</sup> et +)

## Responsable (1)

Qualité : Père  Mère  Autre  : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Rue : .....

Ville : ..... Code postal : .....

Tél : ..... Tél travail : .....

Email : .....

Situation familiale : .....

Situation professionnelle (métier) : .....

## Responsable (2)

Qualité : Père  Mère  Autre  : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Rue : .....

Ville : ..... Code postal : .....

Tél : ..... Tél travail : .....

Email : .....

Situation familiale : .....

Situation professionnelle (métier):.....

Prestations familiales :  Régime général  Régime agricole  Autre Régime

Numéro Allocataire CAF : ..... Quotient Familial : .....

Attestation de police assurance responsabilité civile n° : ..... Assurance : .....

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT (hormis les responsables)			APPEL EN CAS D'URGENCE
Nom Prénom :	Tél :	Lien :	
			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

### LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR OBLIGATOIREMENT

Merci de fournir la photocopie des documents à jour suivants :

- Copie des vaccins à jour de l'enfant  Attestation assurance responsabilité civile  Attestation CAF ou avis d'imposition

### Engagements des parents :

Je déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier d'inscription et m'engage à signaler tout changement survenu en cours d'année au Service Animation.

- ✓ nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- ✓ certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- ✓ autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- ✓ attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

<b>Les responsables</b>	Date : ...../...../.....	Signature obligatoire:	
-------------------------	--------------------------	------------------------	--

# FICHE ENFANT - POINT JEUNES

PERIODE D'INSCRIPTION : DU 1<sup>er</sup> SEPTEMBRE 2020 AU 31 AOUT 2021

Enfant	Nom		Prénom	
Date de Naissance		SEXE	Garçon	Fille
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaccin			Fait-le	
Coqueluche, Poliomyélite, Diphtérie, Tétanos (DTCP)				
Allergies :			Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir	
ASTHME      oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ALIMENTAIRES    oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> MEDICAMENTEUSES    oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> AUTRES .....				
Difficultés de santé (Maladie, accident, crises, hospitalisation, opération, rééducation...):			Précautions à prendre ou autres recommandations utiles des parents	
Pratiques alimentaires		Sans viande <input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/>		

## AUTORISATIONS

<b>Prise de photos / films</b> : 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, d'articles papier et en ligne portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<b>Partir seul</b> : Nous autorisons notre enfant à quitter seul, ou accompagné d'un mineur, la structure à la fin de l'accueil auquel il est inscrit	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI sauf la nuit <input type="checkbox"/>
<b>Hospitalisation</b> : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, ...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<b>Autorise le service à apporter une aide à l'enfant à la prise de médicaments</b> (si ordonnance de médecin ou protocole de soins) et les instructions transmises par écrit.	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<b>Autorise le service à utiliser le service CAF</b> , afin d'extraire le quotient familial caf de la famille, si celui-ci n'est pas fournie comme stipulé dans le règlement intérieur de la structure	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du Point Jeunes et déclare m'y conformer,

## Responsables légaux de l'enfant

Responsable (1)	Responsable (2)
Fait à :	Fait à :
Date :	Date :
Signature obligatoire :	Signature obligatoire :