



DOSSIER D'INFORMATIONS :
SERVICE ENFANCE JEUNESSE ET RESTAURATION
 Année 2020/2021

Accueil Libre**Espace Ados 11/17 ans**Nom de l'Enfant :Prénom de l'Enfant :Date de naissance :Lieu de naissance :Mail du jeune :Mobile du jeune : Collège des 7 épis Autre établissement

Classe :

Qualité : Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	Qualité : Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>
Nom	Nom
Prénom	Prénom
Adresse :	Adresse :
Code Postal :	Code Postal :
Ville :	Ville :
Téléphone domicile :	Téléphone domicile :
Téléphone Portable :	Téléphone Portable :
Téléphone Professionnel :	Téléphone Professionnel :
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :
Situation familiale :	Situation familiale :
Adresse mail :	Adresse mail :
Numéro de SS. :	Numéro de SS. :
Nom de l'Allocataire CAF :	Nom de l'Allocataire CAF :
Numéro d'Allocataire CAF :	Numéro d'Allocataire CAF :
Nombre d'enfants à charge :	

Je soussigné(e) Madame, Monsieur
 Parent(s) du JEUNE

- N'AUTORISE* pas mon fils, ma fille à quitter l'Espace Ados et à partir seul.
- AUTORISE* mon fils, ma fille à quitter l'Espace Ados à la fin des activités et à partir seul.

Je décharge l'Espace Ados de toute responsabilité, seul mon enfant sera responsable de son trajet entre l'Espace Ados et son domicile.

A _____, le

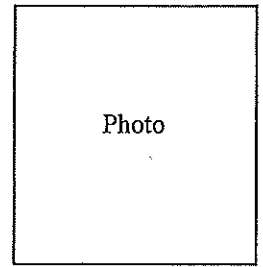
SIGNATURES
 Pour faire valoir ce que de droit.
 Père, Mère ou Tuteurs.

Mode de règlement : Chèque Espèce Prélèvement Pay Fip (internet)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2020 – 2021

ESPACE ADOS

Le jeune:



Nom du jeune :
Date et lieu de naissance :
Collège :

Prénom :
Sexe :
Classe :

Nouvelle inscription

Renouvellement

Nom du Parent 1:

Prénom :

Téléphone :

Nom du Parent 2:

Prénom :

Téléphone :

ASSURANCE :

N° de contrat :

Médecin traitant à prévenir en cas d'accident :

Nom : _____

Prénom : _____

Commune : _____

N° de téléphone : _____

Hospitalisation : Centre Hospitalier Evreux Autre (précisez) : _____

Vaccination : si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

DT Polio ou Tétracoq Dates des derniers rappels : _____

BCG Dates des derniers rappels : _____

Autres (Hépatites, ROR, coqueluche, ...) _____

(Merci de fournir la photocopie du carnet de vaccination)

Renseignements médicaux concernant l'enfant

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

Protocole d'accueil individualisé (P.A.I.). (Document à retirer auprès du directeur d'école)

Maladies chroniques : asthme, convulsions, diabète, autre, précisez : _____

Réactions allergiques : médicaments, aliments, autre, précisez : _____

Appareillage : lunettes, appareil dentaire, auditif, autre, précisez : _____

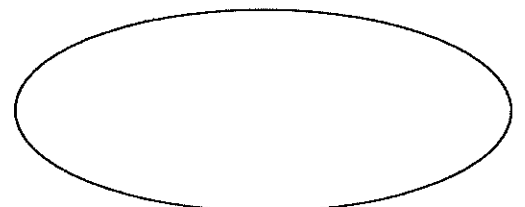
L'enfant suit un régime alimentaire. Précisez : _____

Recommandations et autres difficultés de santé (accident, crise convulsive, opération, rééducation...) :

Je soussigné(e),responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :





Autorisation de prise de vue et diffusion à l'image

Textes de référence (articles 226-1, 226-2, 226-8 du code pénal, et article 9 du code civil)

ENTRE :

Mme _____ et M. _____

Adresse : _____

Dénommés ci-après « *LES REPRESENTANTS LEGAUX* »

Représentants légaux des enfants :

<u>NOM DE L'ENFANT</u>	<u>PRENOM DE L'ENFANT</u>	<u>Date de naissance</u>

Adresse de l'enfant (si différente des parents)

Dénommé(es) ci-après « *L'ENFANT* »

ET :

LE SERVICE ENFANCE JEUNESSE DE LA VILLE DE SAINT ANDRE DE L'EURE

Représenté par : Hamza SARI

Demeurant : Mairie de Saint André de l'Eure

Dénommé ci-après « *LE SERVICE ENFANCE JEUNESSE ET RESTAURATION* »

Dans le cadre des accueils, le service Enfance Jeunesse et Restauration est amené à travailler autour d'un thème s'appuyant sur le projet pédagogique de la structure.

Le service E.J.R utilise la photographie et la vidéo durant les activités avec les enfants, ces pratiques multimédias pouvant s'inscrire comme une activité à part entière.

Ces images pourront être diffusées via différents supports de communication : livret d'Information, journal du centre, le bulletin municipal, les journaux locaux, les sites internet du service ou de la mairie, des panneaux photos, CD-Rom ...

Article 1 : Cession des droits

Par le présent contrat, les représentants légaux autorisent le service Enfance Jeunesse et Restauration à réaliser des photographies et des vidéos de leur enfant et cèdent au service les droits qu'ils détiennent sur l'image de leur enfant telle que reproduite sur toutes les photographies réalisées par le service E.J.R pendant toute la durée de l'accueil de l'enfant par ce même service.

En conséquence, les représentants légaux autorisent le service Enfance Jeunesse à fixer, reproduire, communiquer, diffuser et modifier par tout moyen technique les photographies et vidéos réalisées dans le cadre du présent contrat.

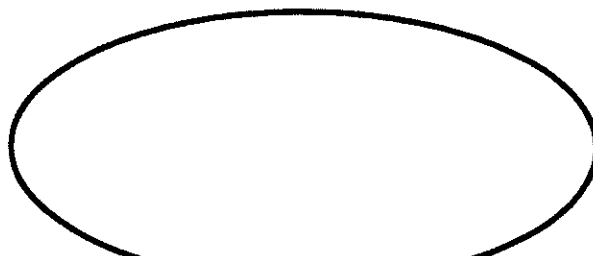
Les photographies pourront être reproduites en partie ou en totalité sur tout support (papier, numérique, magnétique, tissu, plastique etc.) et intégrées à tout autre matériel (photographie, dessin, illustration, peinture, vidéos, animations etc.) connus et à venir.

Fait à _____, le _____

Signature des REPRESENTANTS LEGAUX
Précédée de la mention « lu et approuvé »

Signature du SERVICE ENFANCE JEUNESSE
Précédée de la mention « lu et approuvé »

SIGNATURES



AUTORISATIONS

- | | | |
|---|-----|-----|
| • De prise de vue (document d'autorisation de prise de vue et de diffusion à remplir obligatoirement) | OUI | NON |
| • De participer aux sorties pédagogiques (sorties : karting, piscine, parc, paint-ball ...) | OUI | NON |
| • De participer aux activités sportives et spécifiques organisées par l'Espace Ados
(toutes activités sportives ou spécifiques en lien avec le projet pédagogique) | OUI | NON |
| • De consulter le registre CDAP de la CAF | OUI | NON |

ATTESTATIONS

Nous soussignons Mr / Mme
responsables légaux de l'enfant

- Certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur du service.
- Nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant ce dossier.
- Certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile ou scolaire (Attestation à joindre obligatoirement).
- Autorisons le responsable du service, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande.
- Certifions sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce dossier d'informations

Responsable 1 :
Fait à :
Date :
Signature :

Responsable 2 :
Fait à :
Date :
Signature :

RÉCAPITULATIF DES DOCUMENTS A FOURNIR (sans les agraffer merci)

- Fiche d'inscription, complétée et signée
- Photocopie de l'attestation d'assurance de l'enfant
- Photocopie du carnet de vaccination (page DT POLIO)
- Photocopie de justificatif de domicile
- Autorisation de prise de vue et de diffusion signée
- Accusé réception daté et signé du présent règlement
- Relevé d'Identité Bancaire (en cas de prélèvement)+ autorisation de prélèvement.
- Photo d'identité de(s) enfant(s)

Aucune inscription ne sera effectuée si ce dossier n'est pas entièrement complété et la cotisation versée.