



# DOSSIER D'INSCRIPTION 2022

## ESPACE JEUNESSE

Virgil LEFEVRE: 06.59.71.75.35 ou 03.44.51.68.73

Espace Jeunesse: 12 rue de belleville-St Just en Chaussée

Mail: [espace-jeunesse@mairie-saintjustenchaussee.fr](mailto:espace-jeunesse@mairie-saintjustenchaussee.fr)

### NOM/PRENOM:

Les données sont collectées et traitées sur la base de votre consentement pour la constitution et la gestion de votre dossier administratif auprès du service ALSH et Périscolaire, et dont le responsable au sens RGPD est la Mairie de Saint Just-en-Chaussée. Elles seront conservées jusqu'à la fin de la période scolaire, et traitées par les seules personnes dûment habilitées. Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et la loi 78-17 du 06/01/1978 modifiée, vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, de limitation, et d'opposition à tout moment en contactant gratuitement la Mairie de Saint Just-en-Chaussée au [03.44.19.29.29](tel:03.44.19.29.29) ou par mail : [accueil@mairie-saintjustenchaussee.fr](mailto:accueil@mairie-saintjustenchaussee.fr). En cas de difficultés en lien avec la gestion à caractère personnel, vous pouvez contacter la CNIL, Commission Nationale de l'informatique et des Libertés (plus d'informations sur [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).

**Nom et prénom du jeune :**.....**Age :** .....

**Sexe :** M / F **Né ( e ) le :**.....**à :**.....

---

### **DOCUMENTS A FOURNIR**

- ⇒ Certificat d'assurance responsabilité civil
  - ⇒ Fiche sanitaire jointe
  - ⇒ Photocopies vaccinations à jour
  - ⇒ Autorisation parentale pour chaque période de vacances
  - ⇒ Brevet de Natation ( si possible)
- 

### **AUTORISATIONS**

En cas d'urgence, j'autorise les services compétents à faire pratiquer sur mon enfant, tous les soins ou interventions chirurgicales qu'ils jugeront nécessaire:    oui    non

AUTORISATION DROIT DE L'IMAGE:    oui    non

AUTORISATION DIFFUSION FACEBOOK et SNAPCHAT PRO:                            oui    non

AUTORISATION QUARTIER LIBRE (sous condition ) :                            oui    non

AUTORISATION DE REPARTIR SEUL:    oui    non

**Signatures:**

## **RENSEIGNEMENTS PARENTS**

### **Famille**

M. et/ ou Mme .....

Situation familiale: célibataire / marié ( s ) / Pacsé ( s )/ concubinage / divorcé ( s )

Adresse: .....

.....

Nombre total d'enfants: .....

Nombre d'enfants à charge: .....

Téléphone fixe:

Email:

Régime: CAF / MSA

N° d'allocataire:

Assurance:

N° de police:

#### **Fiche père ou Beau-père**

#### **Fiche mère ou Belle-mère**

Nom et prénom :

Nom et prénom :

Nationalité:

Nationalité :

Téléphone portable :

Téléphone portable :

N° sécurité sociale :

N° sécurité sociale :

Profession :

Profession :

Société :

Société :

Autorité parentale: oui / non

Autorité parentale : oui / non

## **PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE**

Nom /Prénom	Téléphone	Lien de parenté
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Je me dois d'informer et de signaler tous les changement auprès du responsable de la structure.

J'autorise mon enfant à participer aux différentes activités organisées par l'Espace Jeunesse.

Je m'engage à rembourser les frais médicaux avancés par les organisateurs.

J'autorise la structure à faire transporter mon enfant pour les besoins d'une activité.

Je certifie exact les renseignements portés sur le présent dossier.

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure et m'engage à le respecter en tout point.

Fait à :

Le :

« Lu et approuvé »

Signature du représentant légal :