



DOSSIER INSCRIPTION LOCAL DES JEUNES

2025

LES MONTILS – CANDE SUR BEUVRON- MONTHOU SUR BIEVRE

JEUNE :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Âge :

tel : Snapchat :

(si vous souhaitez avoir accès aux informations du Local Jeunes)

FAMILLE

Nom et prénom

Adresse

Téléphone fixe

Portable

E-mail

Profession

Nom et adresse employeur

Téléphone

PERE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

MERE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Etes-vous allocataire CAF ou MSA ?

ASSURANCE

Je soussigné(e), déclare avoir une assurance de responsabilité civile pour l'enfant
..... (Numéro de police et organisme

COTISATION (espèces ou chèque à l'ordre du trésor public)

- 30€ à l'année
- 10 € premier trimestre 2025 (janvier-février-mars)
- 10 € deuxième trimestre 2025 (avril-mai-juin)
- 10 € troisième trimestre 2025 (juillet-août-septembre)
- 10 € quatrième trimestre 2025 (octobre-novembre-décembre)

AUTORISATION DU DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e),, autorise , n'autorise pas (*rayez la mention inutile*) l'équipe d'animation à utiliser l'image de mon enfant sur support photographique et/ou informatique à usage exclusif des services pédagogiques pour la présentation et l'illustration des accueils de loisirs proposés aux jeunes.

AUTORISATION DE TRANSPORT

Dans le cadre des activités, des sorties et soirées, nous utilisons différents transports afin de véhiculer les jeunes. Je soussigné(e)....., autorise mon enfant à être transporté en minibus, en covoiturage avec les autres parents, dans la voiture personnelle des animateurs.

REGLEMENT INTERIEUR DU LOCAL DES JEUNES

Nous certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur.

Fait à..... le

Signature des parents :

Signature du jeune :

FICHE SANITAIRE DU JEUNE

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DU JEUNE. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

RAPPEL : lors des séjours, si traitement médical, joindre une ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament ne sera donné sans ordonnance.**

1- **LES VACCINS** : fournir une photocopie des vaccins à jour

2- **LES DIFFICULTES DE SANTE** (maladies, crises convulsives, opération..... Et les précautions à prendre) **ET ALLERGIES**

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

Votre enfant a-t-il un PAI ? Non Oui Lequel

Votre enfant bénéficie-t-il de l'AAEH (Allocation d'éducation de l'enfant handicapé)? Non Oui
(fournir la notification dans le cadre d'un partenariat avec la CAF41)

3- **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS** (lentilles, prothèses auditives, dentaires...)

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

4- MEDICAL

Médecin famille (nom, adresse, téléphone).....

.....

En cas d'hospitalisation nécessaire, je souhaite que mon enfant soit conduit, dans la mesure du possible

à l'hôpital à la clinique

Personne(s) à prévenir en cas d'accident (autre que les parents)

.....
.....

5- RESPONSABLE DU JEUNE

Je soussigné-e,, responsable légal-e du jeune, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgical) rendues nécessaires par l'état du jeune.

Date :

Signature des parents :

