

**DOSSIER D'INSCRIPTION
ACTIV'JEUNES 11-17 ANS
VILLE DE SAINT-MARCELLIN
- 2017 / 2018 -
Cotisation annuelle 5€**



ATTENTION : Afin de faciliter le traitement des dossiers, nous vous informons qu'aucun dossier ne sera saisi sans l'ensemble des pièces justificatives

<input type="checkbox"/> Attestation d'assurance responsabilité civile ; <input type="checkbox"/> Justificatif de domicile de moins de 3 mois ; <input type="checkbox"/> Quotient familial en cours de la CAF ou MSA ou avis d'imposition N-2 ; <input type="checkbox"/> Pages du carnet de vaccination avec le DTP à jour ; <input type="checkbox"/> Certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive ; <input type="checkbox"/> Test d'aisance aquatique (<i>à faire compléter par un maître-nageur</i>) ; <input type="checkbox"/> Une photo d'identité récente ; <input type="checkbox"/> *Dans le cas d'une autorité parentale exclusive, fournir un justificatif l'attestant (extrait d'une décision de justice) sans quoi l'autorité parentale sera réputée conjointe (Article 372 du Code Civil) ;	Cadre réservé au service	
	Dossier reçu le :	Dossier saisi le :
	Cotisation annuelle saisie le :	
	Carte d'adhésion remise le :	

COORDONNEES DU JEUNE			
Nom :	Prénom :	Date de naissance :	Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
N° de portable du jeune :	E-mail du jeune :		
Numéro de sécurité sociale d'affiliation du jeune :			
Poids :	Taille (stature) :	Pointure chaussures :	Régime alimentaire : <input type="checkbox"/> Classique <input type="checkbox"/> Sans Porc <input type="checkbox"/> Végétarien

	Responsable légal 1 Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur/Famille d'accueil <input type="checkbox"/>	Responsable légal 2 Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur/Famille d'accueil <input type="checkbox"/>	Autre Responsable légal Lien avec l'enfant
Nom			
Prénom			
Adresse			
Téléphone domicile			
Téléphone portable			
Téléphone professionnel			
Adresse mail			
N° Allocataire CAF			
Situation Familiale	Marié <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/>		
Autorité Parentale	Parents <input type="checkbox"/> Père exclusif* <input type="checkbox"/> Mère exclusive* <input type="checkbox"/> Autre* <input type="checkbox"/>		
Envoi Facture	Parents <input type="checkbox"/> Père exclusif <input type="checkbox"/> Mère exclusive <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		
Mode d'envoi facture	Courrier uniquement <input type="checkbox"/> Mail uniquement <input type="checkbox"/> Courrier et mail <input type="checkbox"/>		
Remarques			

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

1 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? oui non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

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

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

AUTORISATIONS PARENTALES

Merci de cocher les mentions autorisées

➤ Je, soussigné(e), responsable légal de l'autorise par la présente à :

- Participer aux activités ;
- Se rendre avec les animateurs sur différents lieux d'activités en dehors du périmètre de l'accueil jeune ;
- Quitter seul l'accueil jeune à la fin de sa journée d'activité.

➤ J'autorise le personnel à photographier / filmer mon enfant dans le cadre des activités pour le besoin d'articles pouvant être diffusés dans la presse et/ou sur le site de la Ville et/ou la page Facebook d'Activ'Jeunes:

- OUI NON

➤ J'autorise les personnes suivantes (1 personne minimum OBLIGATOIRE) à venir chercher mon enfant à la sortie de l'accueil jeune et/ou à être contactées en cas d'urgence (personne majeure uniquement) :

Nom	Prénom	Adresse	Téléphone	Lien avec l'enfant

Je certifie l'exactitude des renseignements de cette fiche et m'engage à signaler, par écrit, tout changement dans l'inscription de mon enfant. Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à ce que mon enfant et moi-même le respectons. J'autorise mon enfant à participer aux activités organisées par l'accueil jeune de Saint-Marcellin et dégage toute responsabilité des intervenants assurant le transport des jeunes.

Date et Signature :