Pays de Dol
Baie du Mont St-Michel
COMMUNAUTÉ DE COMMUNES

Cadre réservé à l'administration :
Nom de l'enfant : ……
Date : ……/……../…… Dossier n°……
□ Test d'aisance aquatique □ Aides séjours □ Attention particulières

DOSSIER D'INSCRIPTION ESPACE JEUNES

□ Mont-Dol / Baguer-Pican □ Dol de Bretagne □ Pleine Fougères □ Epiniac □ Le Vivier sur Mer

RENSEIGNEMENTS DES RESPONSABLES LEGAUX (Obligatoire)

Adulte 1 / Parent 1	Adulte 2 / Parent 2
Civilité ☐ **Mr** ☐**Mme**	**Civilité** ☐ **Mr** ☐**Mme**
Nom : ……..	**Nom** : ……..
Prénom : ……	**Prénom :** ……
Adresse : ……	**Adresse :** ……
……	……
Mail : ……	**Mail :** ……
Profession : ……	**Profession :** ……
Employeur : ……	**Employeur** : ……
Tél. travail : ……	**Tél. travail** : ……
Tél. portable * : ……☐	**Tél. portable*** : ……☐
Situation familiale : ……..	**Situation familiale :** ……..
N° sécurité sociale*……	

*Cocher la case pour le n° à appeler en priorité et recevoir les sms d'information

*Numéro de sécurité sociale auquel les enfants sont rattachés

Garde alternée : □ OUI □ NON □ Autres informations (jugements, interdictions) : .....

<u>Adresse de facturation</u> : (Si différente de l'adresse ci-dessus)

Civilité : □ Mr □ Mme □ Mr et Mme .....

Adresse : .....

Tél : ..... E-mail : .....

Régime allocataire :

□ Régime général (CAF) □ MSA □ Fonction publique □ Autre régime

Allocataire (nom et prénom) : ……..... N° Allocataire : ……

Caisse : □ Ille-et-Vilaine □ Hors département □Attestation de QF pour les allocataires MSA ou CAF hors département.

RENSEIGNEMENTS DU JEUNE (Obligatoire)

Nom : ……..... Prénom : ……

Adresse : ..... Date et lieu de naissance : ….....

..... □ Féminin □ Masculin

N° tél portable du jeune : …… Mail du jeune : ……

Classe : …… Etablissement scolaire : …… …..

ASSURANCE

Votre ou vos enfants sont-ils couverts par une assurance en responsabilité civile ou extra-scolaire ?

□ OUI (Laquelle) …… □ NON (**Si NON, nous vous conseillons vivement d'en souscrire une**)

Fiche sanitaire de liaison (Obligatoire)

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour du mineur (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article L. 227-4 du code de l'action sociale et des familles) ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour.

Nom : ……..... Prénom : ……

Taille : ……cm Poids : ……....kg Groupe sanguin : ..... (Informations nécessaires en cas d'urgence)

N° de sécurité sociale : …….....

Médecin traitant : Dr ..... N° tél : ....

VACCINATIONS

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations. Aucune photocopie remplacera le tableau ci-dessous).

VACCINS OBLIGATOIRES*	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				**Coqueluche**	
Tétanos				**Haemophilus**	
Poliomyélite				**Rubéole-Oreillons-Rougeole**	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

*SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE INDICATION.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

ANTECEDENTS MEDICAUX :

☐ Rubéole ☐ Varicelle ☐ Angine ☐ Rhumatisme ☐ Scarlatine ☐ Coqueluche ☐ Otite ☐ Rougeole ☐ Oreillons

Suit-il **un traitement médical** pendant le séjour ? oui ☐ non ☐

Si oui**, joindre l'original de l'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 pourra être administré sans ordonnance

ALLERGIES : ☐ ALIMENTAIRES ☐ ATHSME ☐ MEDICAMENTEUSES

☐ AUTRES* (animaux, plantes, pollen, ...)

*Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne,…….....
.....

Je soussigné(e),……, responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Certifié exact, le …..../……../ … à……..……

SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL :(précédée de la mention « lu et approuvé »)

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR ET A RETOURNER A LA FAMILLE EN FIN DE SEJOUR

COORDONNEES de l'ORGANISATEUR du SEJOUR ……..……

……

OBSERVATIONS :……
……
……

AUTORISATIONS (Obligatoire)

COCHER LA CASE POUR ACCORD

☐ J'inscris et j'autorise mon (mes) enfant(s) à participer aux activités proposées par la Communauté de Communes dans le cadre de l'Espace Jeunes et de ce fait à utiliser les transports nécessaires aux convoyages (car, mini bus, train, ...).

☐ J'autorise les organisateurs à faire soigner mon enfant et à pratiquer toute intervention d'urgence selon les prescriptions du corps médical consulté, et je m'engage, s'il y a lieu, à rembourser les frais médicaux.

☐ J'ai pris note du règlement et des conditions d'annulation qui impliquent une facturation.

☐ Je m'engage à régler la somme due pour la participation à l'Espace Jeunes dès réception de la facture.

☐ Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Espace Jeunes, être en accord avec celui-ci et m'engage à le respecter. Je décharge donc les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident survenant avant ou après la prise en charge par les animateurs.

☐ J'autorise les organisateurs à rentrer les informations de ce dossier dans le logiciel d'inscription et de facturation et de donner au Trésor Public les renseignements nécessaires au règlement.

☐ J'autorise les équipes d'animations à prendre connaissance des informations de ce dossier afin d'assurer le bon déroulement des activités.

☐ J'autorise les responsables de l'Espace Jeunes à utiliser mon numéro d'allocataire* dans le but de définir la tranche tarifaire sur le site CDAP (CAF) afin définir la tranche tarifaire auquel j'appartiens.

Nous vous rappelons que par convention avec la CAF, ce numéro permet aux responsables de l'accueil de loisirs de consulter les déclarations de ressources des parents grâce à un accès réservé et confidentiel (CDAP /CAFPRO). En cas de séparation, il est nécessaire de fournir le numéro d'allocataire du parent qui a la garde de l'enfant ou le numéro de chaque parent en cas de garde alternée.

AUTORISATIONS (Facultatif)

☐ J'autorise l'ensemble de l'équipe d'animation à photographier ou filmer (image et son) mon ou mes enfants au cours des activités de l'Espace Jeunes. Cette autorisation donne droit à la collectivité d'utiliser les photographies et/ou vidéos dans le cadre strict de présentation de l'Espace Jeunes (parution dans la presse, bulletin, Internet, tout réseaux sociaux, expositions, affiches, tracts…). Dans le cas contraire, veuillez barrer cette autorisation.

☐ J'autorise le responsable de la structure à communiquer mes coordonnées à d'autres parents uniquement dans le but d'organiser du covoiturage. Dans le cas contraire, veuillez barrer cette autorisation.

Voici la liste des documents à compléter ou à fournir pour que l'inscription soit prise en compte :

☐ La fiche d'inscription et la fiche sanitaire dûment remplie.

Autres documents non-obligatoire :

☐ L'attestation d'attribution d'aides.

☐ Test d'aisance aquatique (uniquement pour les activités nautiques - aucune inscription aux activités nautiques ne sera acceptée sans ce document).

Je soussigné(e) …… , responsable légal de ....., déclare exacts tous les renseignements portés sur ce dossier, m'engage à faire part au plus tôt de tout changement de situation (adresse, téléphone, …) directement à l'Espace Jeunes auprès du responsable de la structure.

Certifié exact, le …..../……../ … à……..……

SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL : (précédée de la mention « lu et approuvé »)

Le responsable légal peut accéder à son dossier directement à l'Espace Jeunes. Les données sont supprimées dès lors que le jeune n'est plus en âge de fréquenter l'Espace Jeunes.

Engagement du jeune :

Je soussigné(e) (nom/prénom de l'adolescent)……..... certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et du fonctionnement de l'Espace Jeunes être en accord avec lui et m'engage à le respecter.

Le …..../……../ … à……..……

SIGNATURE DE L'ADOLESCENT : (précédée de la mention « lu et approuvé »)