



FICHE D'INSCRIPTION INDIVIDUELLE

Espace Jeunes

2023 - 2024

Ne rien écrire dans cette case

- Vaccins
- PAI
- Assurance extrascolaire
- Attestation quotient familial

DATE D'INSCRIPTION : Le.../.../.....

Jeune:

Nom : Prénom :
Date de naissance :à F M
Age : Etablissement scolaire fréquentée :Classe :
Téléphone portable : Mail :

Responsables légaux du mineur :

Civilité : M. ou Mme
Nom : Prénom :
Adresse :
CP : Ville :
 Portable : Fixe :
 Mail :

Civilité : M. ou Mme
Nom : Prénom :
Adresse :
CP : Ville :
 Portable : Fixe :
 Mail :

Personnes autorisées à venir récupérer l'enfant nommé ci-dessus : (hors responsables légaux)

Nom / Prénom :
Lien de parenté :
 Tel :
 Port :

Nom / Prénom :
Lien de parenté :
 Tel :
 Port :

Nom / Prénom :
Lien de parenté :
 Tel :
 Port :

Nom / Prénom :
Lien de parenté :
 Tel :
 Port :

Pièces à fournir avec la fiche d'inscription individuelle :

- Photocopie des vaccins (sauf si déjà fournie l'année précédente)
- Attestation d'assurance extrascolaire (la notion extrascolaire doit apparaître sur l'attestation)
- Une attestation de quotient familial (CAF, MSA, autres)

Santé :				
Allergie alimentaire: <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Asthme :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Médicamenteuse : <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Maladie Chronique : Préciser :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autre : <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			
Préciser:.....				
Un Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I) a-t-il été mis en place? <i>(Joindre le protocole d'Accueil Individualisé signé par la famille, l'école et la mairie)</i>			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
L'enfant suit-il un traitement médical continu? <i>(Si oui, merci de joindre un certificat médical)</i>			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Port d'un appareil auditif :			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Port d'un appareil dentaire :			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Port de lunettes :			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Médecin traitant :	Nom:	Prénom:	Téléphone : .../.../.../.../.....	

Droit à l'image :

Autorisation à prendre mon enfant en photo, à le filmer, et à utiliser ces prises de vues pour les besoins du service (publication, exposition, diffusion, supports web : réseaux sociaux, site internet ; supports print : bulletin municipal ; plaquettes, affiches, flyers etc.) sur différents supports : écrits, électroniques, audiovisuels, sans limitation de durée.

Oui Non

Autorisations :

- A quitter seul le foyer pendant les horaires d'ouverture : Oui Non
- A quitter seul le foyer à sa fermeture : Oui Non
- A rentrer seul après les activités en soirée: Oui Non
- A participer aux activités et sorties proposées par l'espace jeunes : Oui Non

Je soussigné M./Mme... avoir pris connaissance :

- ◆ Que le jeune..... est susceptible d'être transporté dans un véhicule collectif dans le cadre des activités et sorties.
- ◆ Que toutes les mesures médicales rendues nécessaires par l'état du jeune soient mises en œuvre par les secours et les personnels médicaux.

IMPORTANT :

- Le montant de l'adhésion pour l'année 2023 est de 7 € pour les Vairlois et de 10 € pour les hors commune (adhésion valide du 1^{er} septembre au 31 août).
- Les animateurs de l'espace jeunes ne réceptionnent aucun règlement.
- En cas de prélèvement automatique, merci de nous fournir un RIB.

Fait à,
Le ... / ... / ...

Signature du ou des responsables légaux :

