

FICHE D'ADHESION ANNUELLE



2017/2018



LE JEUNE

Photo

Nom :
Prénom :
Date de naissance : Age :
Numéro de tél du jeune : / / / /
Adresse de l'enfant (si différente des parents) :
.....

Cadre réservé à l'administration

- Carte identité
- Certificat Médical
- FS remplie
- Impôts
- Assurance RC
- Tests aquatiques
- Signatures

LES RESPONSABLES

Responsable du jeune : Père Mère Tuteur Tutrice Autre

Adresse pour la facturation	
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Code postal : Ville :	Code postal : Ville :
Situation familiale : (rayer les mentions inutiles) Célibataire - Union libre - Marié - Divorcé - Veuf	Situation familiale : (rayer les mentions inutiles) Célibataire - Union libre - Marié - Divorcé - Veuf
Profession :	Profession :
Tél domicile : / / / /	Tél domicile : / / / /
Tél portable : / / / /	Tél portable : / / / /
Tél travail : / / / /	Tél travail : / / / /
Mail :	Mail :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS COMPLEMENTAIRES

N° d'allocataire CAF :

Régime général EDF-GDF-SNCF-RATP MSA Pêche maritime RSI Autre :

FACTURATION

Dans l'esprit d'une démarche citoyenne, écologique et économique, la mise en place de la dématérialisation pour les factures est engagée (prochainement obligatoire). En inscrivant votre enfant au centre de loisirs Espace Jeunes, vous acceptez l'envoi d'un courrier électronique à l'adresse mail que vous avez communiquée, vous informant que votre facture est mise en ligne mais aussi payable sur le portail famille. Vos identifiants peuvent être retirés auprès du service des Affaires Scolaires.

Mail :@.....

PRELEVEMENT AUTOMATIQUE : oui non

Si vous avez opté pour le prélèvement, **remplir le mandat de prélèvement (SEPA) et fournir un RIB**

Si vous êtes déjà en prélèvement automatique ou en changement de banque veuillez vous rapprocher du Service des Affaires Scolaires.

DOCUMENTS À FOURNIR

	La présente brochure Fiche sanitaire de liaison, Certificat médical, indiquer les dates de vaccins ou OBLIGATOIRE photocopie du carnet de santé partie vaccins, Autorisations
	1 photo d'identité (<i>sauf si déjà fournie</i>)
	Photocopie assurance responsabilité civile ou scolaire année 2017/2018
	Photocopie de la carte d'identité ou passeport du jeune en cours de validité
	Avis d'imposition 2016 sur les revenus 2015
	Test d'aisance aquatique (<i>sauf si déjà fournie</i>)
	Droit d'inscription pour l'adhésion annuelle à régler au service Affaires Scolaires, fixé à 10€ par enfants, 8€ pour le 2nd enfant, 5€ pour le 3ème enfant. (À régler à réception de la facture)

AUTORISATIONS PARENTALES OBLIGATOIRES

J'atteste que mon enfant est couvert par une assurance responsabilité civile pour les accidents dont il serait l'auteur ou la victime et qu'il est également couvert par une assurance extra-scolaire.

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant autorise mon enfant à participer à toutes les activités de l'Espace Jeunes, notamment celles nécessitant un accord parental OBLIGATOIRE (Apnée, PaintBall, Plongée, Activités Eaux Vives et autres).

autorise mon enfant à quitter l'Espace Jeunes avant les horaires de fermeture.

n'autorise pas mon enfant à quitter seul l'Espace Jeunes avant les horaires de fermeture.

En cochant la case « n'autorise pas », je prends note que je dois récupérer directement mon enfant dans les locaux.

Pour les activités nocturnes :

autorise mon enfant à quitter seul l'Espace Jeunes à l'heure de fin de la soirée.

n'autorise pas mon enfant à quitter seul l'Espace Jeunes avant les horaires de fin de la soirée.

Personne(s) autorisée(s)

.....
.....

AUTORISATION DE DROIT D'IMAGE ET D'UTILISATION

J'autorise par la présente le centre de loisirs **Espace Jeunes de la ville de La Londe** représenté par **Monsieur le Maire**, à prendre ou faire prendre des photos ou vidéos de mon enfant au cours des activités organisées par cette structure, cette autorisation étant valable :

- pour l'édition de documents de nature pédagogique ou informative sur tous supports municipaux,
- pour des expositions relatives à l'espace jeunes et ses activités,
- pour la publication sur le site internet de la commune (<http://www.ville-lalondelesmaures.fr>) et ses réseaux sociaux.

Cette autorisation est valable pour une durée d'un an à compter de la signature et pourra être révoquée à tout moment.

La présente information est incessible.

A, le Signature du représentant légal de l'enfant

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Enfant :

Nom :

Prénom :

Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dernier rappel	Vaccins recommandés	Oui	Non	Date
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (<i>préciser</i>)			
ou Tétracoq							
B.C.G.							

Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un traitement médical au cours de l'année ? oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants.

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Varicelle <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Angine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Scarlatine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Coqueluche <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rougeole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Oreillons <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> oui non <input type="checkbox"/>	

Allergies : médicamenteuses oui non asthme oui non
alimentaires oui non autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....
.....

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

.....
.....

Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.

.....

J'autorise les responsables de la structure à prendre, le cas échéant, toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaire par l'état de santé du jeune.

CERTIFICAT MEDICAL

Si un autre modèle de certificat est fourni, toutes les mentions ci-dessous doivent figurer

Je soussigné, Docteur

Demeurant à

Certifie avoir examiné M / Mlle

Il ou elle a satisfait aux obligations fixées par la législation relative aux vaccinations et s'avère être à jour de ceux-ci.

Il ou elle est apte à fréquenter un accueil de loisirs collectif, l'Espace Jeunes de La Londe les Maures.

En outre, il ou elle est apte à pratiquer :

Les activités subaquatiques (Plongée, Apnée, Randonnée Aquatique....) (Cochez si Apte)

Observations éventuelles

A : Le

Cachet et signature du médecin

COUPON DU REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT A SIGNER

Nous vous recommandons fortement de le lire dans son intégralité

Je soussigné(e), M. et/ou Mme

père / mère / tuteur de(s) l'enfant

Atteste avoir reçu et pris connaissance du règlement intérieur de l'Espace Jeunes et en accepte toutes les conditions.

Et déclare exacts les renseignements portés sur cette brochure.

Fait à le

Signature du responsable du jeune
(précédée de la mention lu et approuvé)

Signature du jeune
(précédée de la mention lu et approuvé)

