

## 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**

*Reçu le :*

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

	<b>La présente brochure</b> Fiche sanitaire de liaison, Certificat médical. photocopie du carnet de santé partie vaccins avec en précisant le nom/prénom de l'enfant. 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 (sauf si déjà fournie)
	Avis d'imposition 2016 sur les revenus 2015
	Test d'aisance aquatique ( <i>sauf si déjà fourni</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. <b>(À régler à réception de la facture)</b>

## 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 ?

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

