

## 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	
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 seul avant les horaires de fermeture.
- autorise mon enfant à quitter l'Espace Jeunes seul uniquement aux horaires de fermeture, sinon je viens le récupérer directement dans les locaux
- n'autorise pas mon enfant à quitter seul l'Espace Jeunes et m'engage à venir le récupérer 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> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Varicelle</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Angine</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Scarlatine</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Coqueluche</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Otite</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Rougeole</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Oreillons</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<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)





PREFET DU VAR

DIRECTION DEPARTEMENTALE  
DE LA COHESION SOCIALE  
*Mission Inspection Contrôle Evaluation*

## Test d'aisance aquatique

### Attestation d'aptitude a la pratique d'activités aquatiques et nautiques

La pratique du Canoë kayak et activités assimilées, du canyonisme, de la nage en eau vive, du radeau et activités de navigation assimilées, du surf, ou de la voile est subordonnée à la fourniture de cette attestation de réussite au test préalable. (En Application de l'Article 3 de l'arrêté du 25 avril 2012).

J'atteste de l'aptitude du mineur, NOM : ..... Prénom : .....

A effectuer un saut dans l'eau,

A réaliser une flottaison sur le dos pendant cinq secondes,

A réaliser une sustentation verticale pendant cinq secondes,

A nager sur le ventre pendant vingt mètres,

A franchir une ligne d'eau ou passer sous une embarcation ou un objet flottant,

Observation(1) :

Test réalisé à ..... le .....

Signataire : Nom : ..... Prénom : ..... qualité (2) : .....

Coordonnées (N° de carte professionnelle)

Signature

1. Ce test peut être réalisé en piscine ou sur le lieu de l'activité. Dans les cas prévus en annexe de l'arrêté du 25 avril 2012, ce test peut être réalisé avec une brassière de sécurité
2. Sont habilités à signer : Les titulaires du titre de maître nageur sauveteur (M.N.S., B.E.E.S.A.N) ou du Brevet national de sécurité aquatique (B.N.S.S.A.) ou du Brevet d'état d'éducateur sportif ( B.E.E.S.) dans l'activité considérée.
3. Cette attestation peut être remplacée par une attestation de réussite au test commun aux fédérations ayant la natation en partage répondant au moins aux exigences définies pour ce test.
4. L'encadrant peut, préalablement au déroulement de l'activité concernée et complémentirement à la présentation de l'une des attestations mentionnées ci-dessus, tester l'aisance aquatique

