



### FICHE DE RENSEIGNEMENTS ET D'INSCRIPTION :

- LOCAL JEUNES SOLINOIS
- CHANTIERS DE JEUNES
- ACTIVITES DU SERVICE ENFANCE/JEUNESSE

Date de la remise de la fiche : .....

Joindre à l'inscription :

- Le règlement intérieur signé du fonctionnement du **local jeune**
- La cotisation annuelle (10.50 €)
- Si candidature retenue dans le cadre des **chantiers de jeunes** :
  - Le contrat d'engagement
  - La cotisation annuelle (1 €)

### IDENTITE DU JEUNE

NOM.....PRENOM.....  
NE(E) LE .....A.....

### RESPONSABLES LEGAUX

#### **PERE**

NOM.....PRENOM.....  
ADRESSE COMPLETE.....  
.....  
TELEPHONE DOMICILE.....PORTABLE.....  
TELEPHONE EMPLOYEUR (utilisé seulement en cas d'urgence) .....

E. MAIL.....

#### **MERE**

NOM.....PRENOM.....  
ADRESSE COMPLETE.....  
.....  
TELEPHONE DOMICILE.....PORTABLE.....  
TELEPHONE EMPLOYEUR (utilisé seulement en cas d'urgence) .....

E-MAIL.....

### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Mon enfant dépend du

- Régime CAF (QF inférieur à 760€ - fournir la copie)
- Régime Général et MSA
- Régime particulier (SNCF/RATP...)

Caisse de sécurité sociale couvrant l'enfant : .....N°.....

Mutuelle couvrant l'enfant.....N°.....

Responsabilité civile couvrant l'enfant.....N°.....

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

DIFFICULTES DE SANTE A SIGNALER (Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre..... ..... .....	
RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, dentaires ETC...) ..... ..... .....	
MEDECIN TRAITANT.....	LOCALITE..... TEL.....

**VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant ou joindre la photocopie du carnet de santé).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION! LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

L'enfant suit-il un **traitement médical** ?                      Oui  Non     Lequel : .....

**ALLERGIES :**

ASTHME	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
MEDICAMENTEUSES	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
ALIMENTAIRES	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
AUTRES.....		

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....  
.....  
.....

### CERTIFICAT MEDICAL A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT (Ou le joindre à la fiche de renseignements)

JE SOUSSIGNE, DR.....CERTIFIE QUE..... NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION APPARENTE POUR PARTICIPER AUX ACTIVITES ET AUX SEJOURS A DOMINANTE SPORTIVES (SURF, SKI, VTT...) ORGANISES PAR LE LOCAL JEUNES, AUX CHANTIERS DE JEUNES ET AUX DIFFERENTES ACTIVITES PROPOSEES PAR LE SERVICE ENFANCE/JEUNESSE.  DATE DE L'EXAMEN..... SIGNATURE MANUSCRITE  CACHET
---

## AUTORISATION PARENTALE

JE SOUSSIGNE(E) Mme/Mr.....AUTORISE MA FILLE/MON FILS.....

A VENIR AU LOCAL JEUNES, A PARTICIPER A TOUTES LES ACTIVITES PROPOSEES PAR LE SERVICE ENFANCE JEUNESSE ET AUX CHANTIERS DE JEUNES.

- J'AI EU CONNAISSANCE DES HORAIRES ET J'AUTORISE MON ENFANT A VENIR OU PARTIR SEUL.
- J'AI EU CONNAISSANCE QUE MON ENFANT N'EST PLUS SOUS LA RESPONSABILITE DES ANIMATEURS A PARTIR DU MOMENT OU IL QUITTE LES LIEUX D'ACTIVITES.
- J'AUTORISE LES ANIMATEURS A CONDUIRE MON ENFANT SUR LES DIFFERENTS LIEUX D'ACTIVITES DANS LEUR VEHICULE PERSONNEL, OU COMMUNAL.
- J'ATTESTE AVOIR PRIS CONNAISSANCE DU DEROULEMENT ET FONCTIONNEMENT DU LOCAL JEUNES ET DES CHANTIERS DE JEUNES.
- \*\*\*J'AUTORISE LA MUNICIPALITE A UTILISER L'IMAGE DE MON ENFANT SUR DIFFERENTS SUPPORTS D'INFORMATIONS (REGARD, FLASH INFO, SITE INTERNET, RESEAUX SOCIAUX)
- J'AUTORISE LES RESPONSABLES A PRENDRE TOUTES LES MESURES MEDICALES OU CHIRURGICALES RECONNUES COMME NECESSAIRES.
- EN CAS DE NECESSITE, MON ENFANT DOIT ETRE HOSPITALISE A.....

JE DECLARE EXACT LES RENSEIGNEMENTS PORTES SUR CETTE FICHE,

FAIT A SAINTE-SOULLE, LE.....

SIGNATURE DU REPRESENTANT LEGAL,

**\*\*\* merci de bien penser à cocher la case**

*\* Les données personnelles recueillies à l'occasion de l'inscription de votre enfant font l'objet d'un traitement automatisé de stiné au service enfance/jeunesse. Elles sont conservées pendant toute la durée de fréquentation aux activités proposées. Elles sont utilisées à des fins d'évaluation des politiques publiques concernées (politique éducative, rythmes scolaires...). Les données pourront être rendues anonymes à des fins statistiques.*

*Toutes modifications en cours d'année au présent document doivent être signalées au service enfance jeunesse. La commune n'est pas responsable des conséquences résultant d'informations erronées mentionnées sur cette fiche.*

*Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données à caractère personnel vous concernant, à leurs rectifications, de demander leur suppression si elles ne correspondent plus aux finalités pour lesquelles elles ont été collectées.*