



**DOSSIER D'INSCRIPTION**  
**ESPACE JEUNES 14/17 ANS**

**C.C.A.S. Accueil de Loisirs 4/17 ANS –**  
Service Enfance Jeunesse – Ville de Montbard  
2 Bis Avenue Maréchal De Lattre De Tassigny  
21500 MONTBARD  
Tél. : 03.80.92.47.63

<b>1 – Etat Civil de l'enfant :</b>	<b>AGE :</b>	<b>FILLE</b> <input type="checkbox"/>	<b>GARCON</b> <input type="checkbox"/>
NOM : .....			
Prénom : .....			
Date et lieu de naissance .....			
Adresse : .....			
.....			
☎ : .....			
Email : .....			

<b>2 – Renseignements administratifs :</b>
Numéro CAF (Aides aux temps Libres) : .....
Numéro Sécurité Sociale : .....
Numéro et Nom Assurance extrascolaire : .....

<b>3 – Pièces justificatives à fournir :</b>	<b>POUR TOUTE MODIFICATION, MERCI DE PENSER A RAPPORTER LES DOCUMENTS NECESSAIRES A LA FACTURATION OU AU DOSSIER DE L'ANNEE EN COURS</b>
- Copie de l'attestation CAF « aides aux temps libres »	
- Copie de l'attestation d'assurance extrascolaire de l'année en cours	
- Copie des pages de vaccination du carnet de santé	
- Copie avis d'imposition sur les revenus du foyer (sans avis d'imposition le tarif maximum sera appliqué)	

<b>4 – Parent(s) de l'enfant ou responsable légal :</b>		
Père : NOM : ..... Prénom : ..... Adresse : ..... ..... ☎ fixe : ..... ☎ portable : ..... ☎ travail : ..... Email : .....@.....	Mère : NOM : ..... Prénom : ..... Adresse : ..... ..... ☎ fixe : ..... ☎ portable : ..... ☎ travail : ..... Email : .....@.....	Autre : en tant que : ..... NOM : ..... Prénom : ..... Adresse : ..... ..... ☎ fixe : ..... ☎ portable : ..... ☎ travail : ..... Email : .....@.....
Situation familiale : <input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> concubinage <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> séparé <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> garde alternée <input type="checkbox"/> veuf/veuve		
NOM, Prénom et adresse de facturation : .....		
.....		

<b>5 - Autorisations parentales :</b>	
J'autorise mon enfant :	
<input type="checkbox"/> A participer aux chantiers Ados	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> A participer aux sorties à l'extérieur de l'accueil (en navette, bus, voitures,...)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> A participer aux sorties piscine ou nautique	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Je soussigné....., titulaire de l'autorité parentale de .....	
<input type="checkbox"/> Autorise le personnel de l'Espace Jeunes à utiliser son image sur tout support de communication (audio, vidéo, internet...) et à participer aux activités de l'Espace Jeune.	
<input type="checkbox"/> Certifie que mon enfant est apte à la vie en collectivité.	
Montbard, le ...../...../.....	Signature :

**6 – FICHE SANITAIRE :**

**6.1 Vaccination :**

Pour faciliter la prise en charge de l'enfant en cas de nécessité, nous vous invitons à joindre au dossier d'inscription, une copie des vaccins de vaccination du carnet de santé.

**Vaccin obligatoire :** DT polio : OUI  NON  Date du dernier rappel : ...../...../.....

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, nous vous demandons de joindre un certificat médical de contre-indication.

**6.2 Renseignements médicaux concernant l'enfant :**

Suit-il un traitement médical ? OUI  NON

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

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

RUBEOLE <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	RHUMATISME <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

**Allergies :**

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

Si oui, joindre un **PAI** ou **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

**REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER :** OUI  NON

Précisez lequel : .....

L'enfant présente-t-il des **difficultés de santé** (maladie, accident, crise convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...), qui nécessitent la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?

OUI  NON

Si oui, merci de préciser :

**RECOMMANDATIONS UTILES** des parents (port de lunettes, lentilles, prothèses auditives et/ou dentaires, etc...) :

Merci de préciser :

Numéro Sécurité Sociale : ...../...../...../..... /...../...../.....

Nom du Médecin traitant : .....  : ...../...../.....

Je soussigné, ..... responsable légal de l'enfant .....

. Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du Service Enfance Jeunesse à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de santé de l'enfant.

. Je m'engage à prévenir le Service Enfance Jeunesse de tout changement concernant la situation familiale ou problème de santé de l'enfant.

. Je déclare avoir pris connaissance du ou des projets pédagogiques et règlement intérieur auxquels l'enfant participe et en accepter les modalités.

. Je m'engage à ce que mon enfant ait une tenue adaptée et soit apte physiquement à la pratique des activités pour lesquelles il est inscrit.

A Montbard, le : ...../...../.....

Signature du responsable légal

De l'enfant : .....