



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

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

2 – Renseignements administratifs :
Numéro CAF (Aides aux temps Libres) :
Numéro Sécurité Sociale :
Numéro et Nom Assurance extrascolaire :

3 – Pièces justificatives à fournir :	POUR TOUTE MODIFICATION, MERCI DE PENSER A RAPPORTER LES DOCUMENTS NECESSAIRES A LA FACTURATION OU AU DOSSIER DE L'ANNEE EN COURS
- 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)	

4 – Parent(s) de l'enfant ou responsable légal :		
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		
NOM, Prénom et adresse de facturation :		
.....		

5 - Autorisations parentales :		
J'autorise mon enfant :		
• A participer aux chantiers Ados	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
• A participer aux sorties à l'extérieur de l'accueil (en navette, bus, voitures,...)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
• 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 :

