SERVICE JEUNESSE

ET SPORTS

Animation

DOSSIER D'INSCRIPTION

Dossier valable :

du 1 juillet 2023
au 30 juin 2024

DOCUMENTS A FOURNIR

- ❑ Assurance responsabilité civile
- ❑ Copie du dernier avis d'imposition
- ❑ Carte d'identité vacances (CAF des Landes)
- ❑ Test d'aisance aquatique
- ❑ Photocopie des vaccinations du carnet de santé

NOM DU JEUNE : _____ **PRENOM DU JEUNE :** _____

DATE DE NAISSANCE : _____ **PORTABLE DU JEUNE :** _____

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

ADRESSE DU JEUNE : _____

Tranche QF : _____ **Cotisation :** _____

	OUI	NON	
DEPART :	☐	☐	_____
IMA :	☐	☐	_____
TAA :	☐	☐	_____
VACAF :	☐	☐	

ASS. R : _____

URGENCE

NOM - PRENOM	TEL	LIEN

SAT : _____

_____

RENSEIGNEMENTS LIES AU JEUNE

Scolarité

Commune de l'établissement scolaire : _____

Nom de l'établissement : _____

Classe fréquentée en septembre 2023 _____

Extra-scolaire

Activité extrascolaire pratiquée à l'année :

_____

Jour(s) de la semaine :

LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

COMPOSITION ET SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE DU FOYER

REPRESENTANT LEGAL 1

❑ MONSIEUR ❑ MADAME

NOM / PRENOM : _____

ADRESSE (si différente du jeune) :

_____

TEL : _____

E-MAIL : _____

PROFESSION : _____

EMPLOYEUR : _____

TEL : _____

REPRESENTANT LEGAL 2

❑ MONSIEUR ❑ MADAME

NOM / PRENOM : _____

ADRESSE (si différente du jeune) :

_____

TEL : _____

E-MAIL : _____

PROFESSION : _____

EMPLOYEUR : _____

TEL : _____

SITUATION FAMILIALE : _____

En cas de séparation ou de divorce, fournir le justificatif de jugement qui précise le mode et la fréquence de garde.

COMPAGNIE D'ASSURANCE

❑ Responsabilité civile ❑ Individuelle

NOM : _____

N° de contrat : _____

En plus de l'assurance Responsabilité civile, il est conseillé aux parents de souscrire une assurance dommage corporel couvrant les accidents sans tiers responsables.

ALLOCATIONS FAMILIALES

N° Allocataire de la CAF : _____

N° MSA: _____

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE JEUNE

Médecin traitant : _____ Adresse : _____

Tel. : _____

ALLERGIES

Allergie(s) médicamenteuse(s) : ☐ non ☐ oui (précisez) : _____

_____

Allergie(s) alimentaire(s) : ☐ non ☐ oui (précisez) : _____

_____

Allergie(s) autre(s) : ☐ non ☐ oui (précisez) : _____

_____

Contre-indication médicale : ☐ non ☐ oui (précisez) : _____

_____

TRAITEMENT

☐ OUI ☐ NON Si oui, joindre une ordonnance pour l'administration des médicaments

Conduite à tenir : _____

VACCINATIONS

OBLIGATOIRES (Précisez la date)

❑ Antidiphtérique : _____ ❑ Antipoliomyélitique : _____ ❑ Antitétanique : _____

RECOMMANDEES (Précisez la date)

❑ Hépatite B : _____ ❑ Rougeole/ Oreillons / Rubéole : _____ ❑ BCG : _____

❑ Autres vaccins : _____

Je déclare exact l'ensemble des renseignements portés sur cette fiche et autorise la ville d'Ondres, à prendre les dispositions nécessaires dans le cas où mon enfant devrait être pris en charge pour des soins de premières urgences auprès des services compétents le plus proche.

DATE : SIGNATURE :

AUTORISATION PARENTALES

Je soussigné(e) _____

responsable légal de l'enfant _____

❑ Autorise ❑ N'autorise pas sa participation aux activités proposées par le service jeunesse et à en respecter les règles de fonctionnement (sorties, séjours, projets de jeunes, animations, …)

❑ Autorise ❑ N'autorise pas à venir et à partir seul lorsqu'il vient à l'accueil de loisirs du service jeunesse

Si vous n'autorisez pas, veuillez indiquer les personnes autorisées à récupérer le jeune

NOM	PRENOM	TELEPHONE	LIEN DE PARENTE

❑ Autorise ❑ N'autorise pas La commune d'ONDRES pour que *(nom de l'enfant),*

_____

soit photographié(e) ou filmé(e), dans le cadre de sa participation aux activités du service jeunesse et que soit diffusé les photos et vidéos, prises au sein des activités proposées par le service jeunesse, sur les canaux d'informations municipaux (bulletin Municipal, site internet, Facebook, Instagram, ...).

❑ Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur du service jeunesse disponible en ligne : https://www.ondres.fr/au-quotidien/jeunesse-11-a-25-ans/

FAIT A : _____ LE : _____

SIGNATURE DU JEUNE :
(précédé de la mention « lu et approuvé »)

SIGNATURE DU TITULAIRE DE L'AUTORITE PARENTALE :
(précédé de la mention « lu et approuvé »)

DONNEES PERSONNELLES RGPD

Je soussigné(e) _____

représentant légal de l'enfant _____

❑ accepte ❑ n'accepte pas le traitement de mes données et/ou les données de mon enfant.

Acceptez-vous de recevoir sur votre adresse mail des informations municipales (culturelles, communication d'ordre général, …). ☐OUI ☐NON

DATE : **SIGNATURE :**

Conformément à la loi "informatique et libertés", vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et la faire rectifier en contactant le 0559452933