

Valable :

**du 1 juillet 2024
au 30 juin 2025**

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 : _____

ADRESSE DU JEUNE : _____

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Tranche : _____ **Cotisation :** _____

OUI NON

DEPART : _____

IMA :

TAA :

VACAF :

ASS. R : _____

SAT : _____

RENSEIGNEMENTS LIES AU JEUNE



Scolarité

Commune de l'établissement scolaire : _____

Classe fréquentée _____

Nom de l'établissement : _____

en septembre 2024 _____



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 : _____

SITUATION FAMILIALE : _____

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



REPRESENTANT LEGAL 2

MONSIEUR

MADAME

NOM / PRENOM : _____

ADRESSE (si différente du jeune) :

TEL : _____

E-MAIL : _____

PROFESSION : _____

EMPLOYEUR : _____

TEL : _____

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 : _____





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

