

DOSSIER D'ADHESION

Valable :

du 1 juillet 2025
au 30 juin 2026

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 : _____

Nom de l'établissement : _____

Classe fréquentée 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: _____

IC E SANITAIRE DE LIAISON



RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE JEUNE

M e in traitant : _____ A resse : _____

Te : _____



ALLERGIES

A er ie s i a: entel ☐ non ☐ oui pr isez _____

A er ie s a i entaire s ☐ non ☐ oui pr isez _____

A er ie s autre s : ☐ non ☐ oui pr isez _____

Contre in i ation i a e: ☐ non ☐ oui pr isez _____



TRAITEMENT

☐ OUI ☐ NON Si oui oin ue or onnan pour a inistration i a ents

Con uite tenir : _____



VACCINATIONS

O LIGATOIRES Pr isez a ate

☐ Anti ip t ri ue: _____ ☐ Antipo io iti ue: _____ ☐ Antit tani ue: _____

RECOMMANDEES Pr isez a ate

☐ patite : _____ ☐ Rou eo e Orei ons Ru o e: _____ ☐ CG: _____

☐ Autres va ins: _____

Je are e a t ense e es rensei ne ents port s sur ette i e et autorise a vi e pr ispositions n essaires ans e as o on en ant evrait tre pris en ar e pour es soins ur en es aupr s es servi es o p tents e p us pro e

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

