

# DOSSIER INSCRIPTION

## ESPACES JEUNES SAINT SERVAIS- SAINT DERRIEN

### - RENSEIGNEMENT DU JEUNE -

NOM : ..... PRENOM : ..... SEXE : M OU F  
NE(E) LE : ..... VILLE : .....  
CODE POSTAL : .....  
ADRESSE : ..... COMMUNE : ..... CODE POSTAL : .....  
TELEPHONE PORTABLE : ..... MAIL : .....



### - RESPONSABLES LEGAUX DU JEUNE -

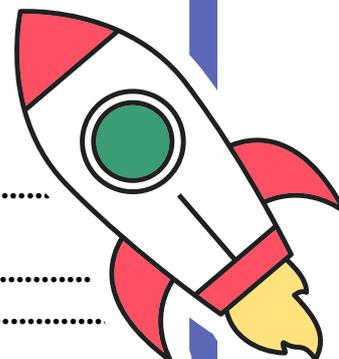
#### RESPONSABLE LEGAL 1 :

NOM, PRENOM : .....  
QUALITE : PERE/ MERE/ TUTEUR  
ADRESSE : .....  
N° TELEPHONE PORTABLE : .....  
N° TELEPHONE DOMICILE : .....  
N° TELEPHONE TRAVAIL : .....  
ADRESSE MAIL : .....  
PROFESSION : .....  
EMPLOYEUR : .....  
SITUATION FAMILIALE : CELIBATAIRE, VIE MARITALE,  
MARIE/E, DIVORCE, VEUF/ VE

#### RESPONSABLE LEGAL 2 :

NOM, PRENOM : .....  
QUALITE : PERE/ MERE/ TUTEUR  
ADRESSE : .....  
N° TELEPHONE PORTABLE : .....  
N° TELEPHONE DOMICILE : .....  
N° TELEPHONE TRAVAIL : .....  
ADRESSE MAIL : .....  
PROFESSION : .....  
EMPLOYEUR : .....  
SITUATION FAMILIALE : CELIBATAIRE, VIE MARITALE,  
MARIE/E, DIVORCE, VEUF/ VE

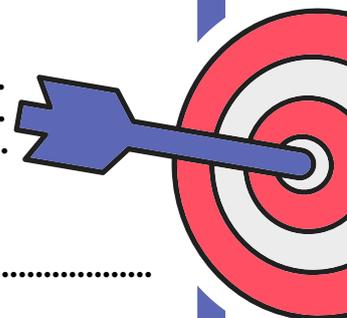
SI LES COORDONNEES DES DEUX PARENTS SONT DIFFERENTES : MERCI DE NOUS INDIQUER QUI PREND EN CHARGE LES FACTURES  
AFFERENTES AUX ACTIVITES DE L'ENFANT : RESPONSABLE LEGAL 1 OU RESPONSABLE LEGAL 2



YAAAAAS

### - ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE -

NOM : .....  
ADRESSE DE LA COMPAGNIE : .....  
N° DE CONTRAT : .....



LES PARENTS SONT-ILS CONJOINTEMENT TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE : OUI OU NON  
RÉGIME D'APPARTENANCE : CAF / MSA / ASA / AUTRE.....N° ALLOCATAIRE ; .....

#### ACCOMPAGNEMENTS :

AUTORISÉ LES PERSONNES SUIVANTES À VENIR CHERCHER MON ENFANT :

NOM/ PRÉNOM : .....LIEN DE PARENTÉ : .....  
NOM/ PRÉNOM : .....LIEN DE PARENTÉ : .....

### - FICHE SANITAIRE -

L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT MÉDICAL ? OUI OU NON

VOTRE ENFANT EST-IL PORTEUR DE HANDICAP ? .....

SI OUI, DE QUEL NATURE EST LE HANDICAP ? \* .....

\* CETTE RÉPONSE PERMETTRA DE POTENTIELLEMENT ADAPTER LES ACTIVITÉS EN FONCTION DE CELLE-CI AFIN QUE L'ENFANT PUISSE S'ÉPANOUIR AUTANT QU'IL LE  
SOUSHAITE.

#### ALLERGIES ET/OU RECOMMANDATIONS PARTICULIÈRES :

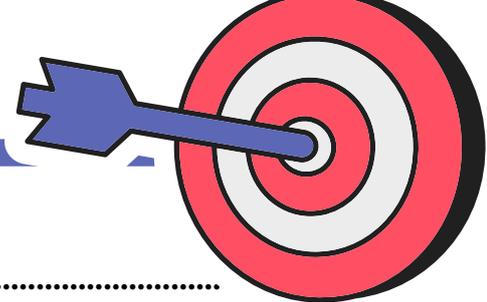
ALIMENTAIRE : .....MÉDICAMENTEUSE : .....AUTRES : .....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (SI AUTOMÉDICATION LE SIGNALER) :

.....



# SUITE DOSSIER INSCRIPTION



MEDECIN TRAITANT :

NOM : .....  
ADRESSE : .....  
NUMERO DE TELEPHONE .....

JE SOUSSIGNE ..... DOCTEUR EN MEDECINE, AVOIR EXAMINE :

NOM/ PRENOM : ..... NEE LE : .....

ATTESTE QUE L'ENFANT NE PRESENTE PAS DE CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DE SPORTS, QUE L'ENFANT A RECU LES VACCINATIONS OBLIGATOIRES A SON AGE ET QU'IL EST APTE A VIVRE EN COLLECTIVITE.

FAIT A ..... LE ..... SIGNATURE ET TAMPON



## - DEPART DU JEUNE -

J'AUTORISE LE RESPONSABLE DE L'ESPACE JEUNES A LAISSER PARTIR SEUL MON ENFANT DE LA STRUCTURE  
OUI OU NON

## - ACCIDENT -

DÉCHARGE LES ORGANISATEURS DE TOUTE RESPONSABILITÉ EN CAS D'ACCIDENT QUI POURRAIT SURVENIR AVANT ET/OU APRÈS LE DÉPART DE MON ENFANT. AUTORISE, EN CAS D'URGENCE, LES RESPONSABLES DE L'ACTIVITÉ À FAIRE PRATIQUER LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES ET À FAIRE PRESCRIRE TOUT TRAITEMENT NÉCESSAIRE À L'ÉTAT DE SANTÉ DE MON ENFANT.  
OUI OU NON



## - DROIT A L'IMAGE -

J'AUTORISE LE SERVICE JEUNESSE À EXPLOITER LES IMAGES PRISES AU COURS DES ACTIVITÉS RÉALISÉES SUR LESQUELLES MON ENFANT POURRAIT APPARAÎTRE, SUR TOUS LES SUPPORTS DE COMMUNICATIONS : FILMS, PHOTOS, RÉSEAUX SOCIAUX, SITE INTERNET, PRESSE, REPORTAGES...  
OUI OU NON

## - TRANSPORT -

J'AUTORISE MON ENFANT À SE DÉPLACER VIA LE SERVICE JEUNESSE SUR LES ÉQUIPEMENTS DE LA COMMUNE, AINSI QUE LES TRANSPORTS (CAR, FOURGONS, VOITURE, COVOITURAGE, TRANSPORTS EN COMMUN..) LORSQUE CELA EST NÉCESSAIRE SUR DES ACTIVITÉS ANNEXES (POTENTIELLEMENT HORS DE LA COMMUNE)  
OUI OU NON

YAAAAAS

JE SOUSSIGNÉ(E) DÉCLARE AVOIR PRIS CONNAISSANCE ET ACCEPTE LE RÈGLEMENT INTÉRIEUR DE L'ESPACE JEUNES DE SAINT SERVAIS ET DE SAINT DERRIEN.

AYANT PRIS CONNAISSANCE DU FONCTIONNEMENT DES ACCUEILS DE MINEURS, JE SOUSSIGNÉ(E) ..... RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT ..... AUTORISE MON ENFANT À PARTICIPER AUX DIFFÉRENTES ACTIVITÉS ORGANISÉES PAR L'ESPACE JEUNES.

CERTIFIE EXACTS L'ENSEMBLE DES RENSEIGNEMENTS PORTÉS SUR CETTE FICHE. JE M'ENGAGE À PRÉVENIR LA STRUCTURE EN CAS DE MODIFICATIONS DE CES DONNÉES.

FAIT À ..... LE .....  
SIGNATURE DU OU DES REPRESENTANTS LEGAUX

MENTION « LU ET APPROUVÉ » ET SIGNATURE DES REPRÉSENTANTS LÉGAUX.

