



## Association ça coule de source SECTEUR JEUNESSE- DOSSIER D'INSCRIPTION 2024

NOM : Prénom :  
Date de naissance :  
Adresse du mineur :  
Téléphone du mineur :  
Mail du mineur :

### REPRESENTANTS LEGAL DU MINEUR

1) NOM : Prénom :  
Lien avec le jeune :  
Adresse :  
Portable :  
MAIL :  
Contact professionnel (si besoin) :

2) NOM : Prénom :  
Lien avec le jeune :  
Adresse :  
Portable :  
MAIL :  
Contact professionnel (si besoin) :

FACTURATION : Représentant 1  Représentant 2

N° allocataire CAF : Quotient Familial :  
N° allocataire MSA : Quotient Familial :  
Autres régimes :

N° de sécurité sociale auquel le jeune est rattaché :

**Merci de fournir une attestation d'aisance aquatique.**

Envie de contribuer à la vie de l'asso ?  
Voulez-vous rejoindre une commission ou juste aider ponctuellement pour des événements ?

OUI NON

Vous serez recontacté ultérieurement.



## AUTORISATION PARENTALE POUR LE MINEUR

Le responsable légal du mineur : (entourer la mention utile)

- Autorise le mineur à être en autonomie (en petit groupe) lors des sorties organisées par l'association OUI NON
- Autorise le mineur à rentrer seul à l'issue de l'animation OUI NON
- Autorise le mineur à rentrer seul à tout moment durant l'accueil libre OUI NON
- Autorise le mineur à être transporté par un salarié ou bénévole de l'association dans un mini bus OUI NON
- Autorise l'exploitation de photos ou de films pour l'association
  - Dans la presse OUI NON
  - En interne (diaporama, affichage...) OUI NON
  - Sur internet (site de l'association, réseaux sociaux...) OUI NON
- Autorise la direction en cas d'impossibilité à me joindre, de faire pratiquer des examens médicaux et/ou de faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgence. OUI NON
- Autorise en cas d'impossibilité à me joindre, les soins hospitaliers et si besoin, l'anesthésie de mon enfant au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie à évolution rapide, il aurait à subir une intervention chirurgicale. OUI NON

Autre personne autorisée à venir chercher le jeune :

Autre personne à prévenir en cas d'urgence (nom, prénom contact) :

L'adhésion à l'association est de **20 €** et la cotisation jeunesse de **20 €**, cela est valable jusqu'au **31 décembre** de l'année en cours. Les accueils et certaines animations sont gratuits, se référer au planning d'animation. Certaines animations sont payantes en espèce, chèque, ticket MSA, chèque ANCV, CESU, chéquier collégien ou par prélèvement. Inscriptions via le portail famille.



## FICHE SANITAIRE

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles concernant le jeune.

Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Si l'enfant ou le jeune nécessite un accueil individualisé, veuillez prendre contact avec le responsable de la structure d'accueil.

Si vous souhaitez faire part d'information pouvant aider le jeune à mieux s'intégrer et sur l'espace jeunes, veuillez en discuter avec le responsable de la structure.

**VACCINATIONS** (se référer au carnet de vaccination situé dans le carnet de santé)

<b>Vaccins obligatoires pour l'accueil de mineurs</b>	<b>Dates des derniers rappels</b>	<b>Vaccins recommandés</b>	<b>Dates</b>
Diphtérie		BCG	
Tétanos		Coqueluche	
Poliomyélite		Hépatite B	
<b>Rappel tous les 5 ans pour ces vaccins obligatoires pour les enfants.</b>		Rubéole-Oreillon-Rougeole	

Merci de joindre une copie du carnet de vaccination ou un certificat d'aptitude à la vie en collectivité attestant de la validité des vaccins obligatoires.

Si le jeune n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indication.

Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.



## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Le jeune suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si oui **joindre une ordonnance** récente et **les médicaments** dans leur emballage avec la notice

Le jeune a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

MALADIES	OUI	NON
RUBEOLE		
VARICELLE		
ANGINE		
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		
SCARLATINE		
COQUELUCHE		
OTITE		
ROUGEOLE		
OREILLONS		
<b>ALLERGIES</b>		
ASTHME		
MEDICAMENTEUSES		
ARNICA		
ALIMENTAIRES		

Cause et conduite à tenir en cas d'allergie :

Apporter des précisions si besoin (port de lunettes, appareil dentaire/ auditif...):

Je soussigné(e)....., responsable du jeune, certifie avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement de l'espace jeunes et déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à..... le ...../...../.....

SIGNATURE :