**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 :

N° de sécurité sociale auquel le jeune est rattaché :

**REPRESENTANTS LEGAUX DU MINEUR :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **REPRÉSENTANT 1** | **REPRÉSENTANT 2** |
| **NOM** |  |  |
| **PRÉNOM** |  |  |
| **LIEN AVEC L’ENFANT** |  |  |
| **ADRESSE** |  |  |
| **PORTABLE** |  |  |
| **MAIL** |  |  |
| **CONTACT PRO** |  |  |

**FACTURATION :** Représentant 1 Représentant 2

* **Accepte de recevoir les factures par courriel** OUINON
* **Accepte le prélèvement bancaire (fournir un RIB)** OUINON

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.

N° allocataire : CAF MSA Quotient Familial :

**AUTORISATION PARENTALE POUR LE MINEUR**

Le responsable légal du mineur :

* Autorise le mineur à participer à toutes les animations de l’association sous la responsabilité du personnel encadrant…………………………………………………………………………………………………………………………………**OUI NON**
* Autorise le mineur à rentrer seul à l’issue de l’animation…………………….……………………………..……**OUI NON**
* 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 tout moment durant l’accueil libre ……..…………………….………**OUI NON**
* Autorise le mineur à être transporté par un salarié ou un bénévole de l’association pour certaines sorties en mini-bus ou véhicule personnel………………………………………….…………………………………….……………….**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 (nom, prénom, contact) :
* Autre personne à prévenir en cas d'urgence (nom, prénom, contact) :

**FICHE SANITAIRE**

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles concernant le jeune. Si le jeune nécessite un accueil individualisé, veuillez prendre contact avec le responsable de la structure d'accueil.

L'enfant suit-il un traitement médical ? **OUI NON** précisez :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALLERGIES / CONTRE-INDICATIONS :**

Alimentaires : **OUI** **NON** précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Médicamenteuses : **OUI** **NON** précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autres (animaux, plantes, pollen…) **OUI** **NON** précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MALADIES** | **OUI** | **NON** |
| RUBEOLE |  |  |
| VARICELLE |  |  |
| ANGINE |  |  |
| RHUMATISME |  |  |
| SCARLATINE |  |  |
| COQUELUCHE |  |  |
| OTITE |  |  |
| ROUGEOLE |  |  |
| OREILLONS |  |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Vaccins obligatoires pour l’accueil de mineurs** | **Dates des derniers rappels** | **Vaccins recommandés** | **Dates** |
| Diphtérie |  | BCG |  |
| Tétanos |  | Coqueluche |  |
| Poliomyélite |  | Hépatite B |  |
| **Rappel tous les 5 ans pour ces vaccins obligatoires pour les enfants.** | | 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.

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.

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

Je soussigné(e)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_responsable légal du jeune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur, m’engage à le respecter et déclare exact les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du responsable Signature du jeune