



Association ça coule de source

SECTEUR JEUNESSE- DOSSIER D'INSCRIPTION 2025

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 OUI ☐ NON ☐

- Accepte le prélèvement bancaire (fournir un RIB) OUI ☐ NON ☐

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 libreOUI 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 presseOUI 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

(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	
Poliomyélite		Coqueluche	
Tétanos		Hépatite B	
Rappel tous les 5 ans pour ces vaccins obligatoires pour les enfants.		Rubéole-Oreillon-Rougeole	

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

MALADIES	OUI	NON
ANGINE		
COQUELUCHE		
OREILLONS		
OTITE		
RUMATISME		
ROUGEOLE		
RUBEOLE		
SCARLATINE		
VARICELLE		

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 et devenir bénévole ?

☐ OUI JE REJOINS LA COMMISSION JEUNESSE ☐ OUI POUR UNE AIDE PONCTUELLE ☐ 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