

Fiche d'inscription espace jeunesse Claye-Souilly 2024-2025

Documents à fournir :

- bulletin d'inscription dûment complété recto/verso et signé
- Photocopie page vaccins à jour
- attestation de quotient CAF
- Règlement de l'adhésion pour accéder à la structure jeunesse (*ordre régie de recettes club ados*) ou paiement en ligne sur l'espace citoyen
- Assurance scolaire ou responsabilité civile

NB : Tout dossier incomplet ne sera pas enregistré et le jeune ne pourra fréquenter la structure

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE JEUNE :

Nom : Prénom :
Date de naissance : Tél portable : __. __. __. __. __. __ (pour l'envoi à usage unique d'informations par SMS.) AUTORISATION WHATSAPP : oui non
Etablissement scolaire : Classe :

Responsables :

- Nom/prénom du **responsable légal 1** :

Adresse :

Numéros de téléphone : Portable : Domicile :

Mail :

- Nom/prénom du **responsable légal 2** :

Adresse :

Numéros de téléphone : Portable : Domicile :

Mail :

Personnes à contacter en cas d'urgences

- Nom et prénom :
- Nom et prénom :
- Nom et prénom :
- Nom et prénom :

Autorisé à récupérer le jeune

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Accès et sortie de l'espace jeunesse

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - Autorisation déplacement minibus | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Le jeune peut-il aller et venir librement sur la structure..... | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Le jeune doit-il être récupéré par un adulte responsable notifié sur la fiche de renseignement..... | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Le jeune rentre seul uniquement aux horaires de fermeture..... | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX OBLIGATOIRES (joindre les photocopies des vaccinations du carnet de santé) :

1- Vaccinations :

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

2- Allergies (alimentaires, médicamenteuses, autres, ...) ? : oui non

Lesquelles ? :.....

3- PAI (panier repas) oui non

Joindre le document (document à télécharger sur le site de la ville et médicaments éventuels)

4-Régime alimentaire :

RECOMMANDATIONS :

N'hésitez pas à communiquer les éléments qui vous paraissent importants : port de lunettes, de lentilles, d'appareil auditif, d'appareil dentaire, consignes alimentaires, semelles orthopédiques, :

.....
.....

PRISES DE VUE :

J'autorise les services de la ville à réaliser des photos ou des vidéos sur lesquelles peut apparaître mon enfant. Ces photos peuvent faire l'objet d'une parution dans le journal de la commune, sur le site Internet de la ville, sur les réseaux....

- Magazine de la commune et articles papiers..... oui non
- Site de la mairie de Claye-Souilly oui non
- Réseaux sociaux de la mairie ou de la structure ('Facebook, insta....) oui non
- Youtube ou autre..... oui non
-

BAIGNADE :

J'autorise mon enfant à pratiquer les activités de baignade organisées par le Club ados :

oui non

ASSURANCE :

Police d'assurance couvrant l'enfant (nom et coordonnées de la compagnie et numéro de police) :

.....
.....

DECLARATION DU (OU DES) RESPONSABLE(S) LEGAL(AUX) :

Je soussigné(e).....Père, Mère, tuteur (rayer les mentions inutiles), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Je m'engage à informer la ville de tout changement de situation.

J'autorise le responsable de l'accueil à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales y compris avec phase d'anesthésie-réanimation).

Si l'état de santé ne justifie pas le secours par le SAMU ou les pompiers, j'autorise son transfert à mes frais, par taxi ou ambulance, si je ne peux aller le chercher moi-même.

Je m'engage à rembourser l'intégralité des frais médicaux avancés par la ville de Claye-Souilly.

Fait à Claye-Souilly, le.....

Signature du (ou des) responsable(s) légal (aux) :