

# DOSSIER D'INSCRIPTION 2019/2020

## Cadre réservé à l'administration

Date de l'inscription : \_\_\_\_\_ par : \_\_\_\_\_ (nom animateur)

- adhésion de \_\_\_\_\_ € (chèq/esp)       fiche d'inscription complète  
 règlement intérieur signé                       certificat de responsabilité civile

Adhésion « Agglo »		Adhésion « Hors Agglo »
QF de 0 à 610€	12 €	30 €
QF de 610 à 901€	13 €	
QF de 901 à 1101€	15 €	
QF supérieur ou indéterminé	18 €	

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

### L'Adolescent

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Né le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ À : \_\_\_\_\_ Garçon  Fille   
Établissement scolaire fréquenté (rentrée 2019) : \_\_\_\_\_  
Classe : \_\_\_\_\_ Tél. de l'ado : \_\_\_\_\_ Sait nager  Ne sait pas nager

### Les Parents

Situation familiale : Mariés/Pacsés/Concubins  Divorcés/Séparés  Autres

Père > responsable légal : oui  non

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
Tél. Fixe : \_\_\_\_\_ Tél. Portable : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_  
Profession : \_\_\_\_\_ Tél. Pro : \_\_\_\_\_

Mère > responsable légal : oui  non

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
Tél. Fixe : \_\_\_\_\_ Tél. Portable : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_  
Profession : \_\_\_\_\_ Tél. Pro : \_\_\_\_\_

L'adresse de l'adolescent est : celle du père  celle de la mère  autre  (précisez dessous)

### Sécurité Sociale / Régime Allocataire

Numéro de Sécurité sociale (de l'enfant ou du parent auquel il est rattaché) :

Régime allocataire : CAF  MSA

Numéro allocataire CAF : \_\_\_\_\_

Quotient familial (avec présentation d'un justificatif) : \_\_\_\_\_ €.

# AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné M/Mme \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ autorise :

- mon enfant à participer aux activités et sorties proposées par l'Espace Jeunes
- les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale
- le transport de mon enfant dans tous les véhicules utilisés par l'Espace Jeunes (minibus, bus, véhicules de service...)
- l'utilisation de l'image de mon enfant dans le cadre d'une diffusion visant à la promotion de l'Espace Jeunes

## FICHE SANITAIRE

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

### Vaccination

*(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)*

Je déclare que les vaccins obligatoires (antidiphtérique, antitétanique et antipoliomyélitique) de mon enfant sont à jour ou dans le cas contraire, m'engage à fournir un certificat médical de contre-indication à ces vaccinations.

### Allergies

Asthme : oui  non  Alimentaires : oui  non  Médicamenteuses : oui  non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) : \_\_\_\_\_

Autres allergies : \_\_\_\_\_

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) : \_\_\_\_\_

### Recommandations utiles

*(difficultés de santé, traitements, précautions, comportement...)*

Je soussigné(e), M/Mme.....déclare exacts les renseignements portés sur ces fiches et m'engage à vous signaler tout changement.

Fait à Cognac, le .....

Nom(s) et Prénom(s) des signataires :