

**Cadre réservé à l'administration**

Mois d'adhésion : \_\_\_\_\_ copie  n° matricule : \_\_\_\_\_

**JUSTIFICATIFS A FOURNIR**

Attestations de responsabilité civile ou extra-scolaire  
 Brevet de natation (50m)  
 Copie des vaccinations (dans le carnet de santé)  
 Mandat de prélèvements SEPA (facultatif – pour prélèvement automatique)  
 RIB (facultatif – pour prélèvement automatique)

Maison des Jeunes de référence : \_\_\_\_\_

LE JEUNE	
NOM :	PRENOM :
Né(e) le : / / 20	Age : ans
Classe :	Etablissement scolaire :
N° de téléphone : / / / /	M@il : @
<b>ASSURANCE : RESPONSABILITE CIVILE ou Extra SCOLAIRE (joindre une attestation)</b>	
NOM de la Compagnie :	
N° de contrat :	

<b>REPRESENTANT 1 :</b>	<b>REPRESENTANT 2 :</b>
<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Veuf (ve)	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Veuf (ve)
NOM :	NOM :
PRENOM :	PRENOM :
Tél domicile : / / / /	Tél domicile : / / / /
Tél mobile : / / / /	Tél mobile : / / / /
Tél pro (en cas d'urgence) : / / / /	Tél pro (en cas d'urgence) : / / / /
M@il : @	M@il : @
Adresse : N° Voie _____ _____	Adresse (si différente du Représentant 1) N° Voie _____ _____
Code Postal : _____ Ville : _____	Code Postal : _____ Ville : _____

**PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (Autres que les représentants légaux)**

NOM :	Téléphone : / / / /	Lien avec l'enfant :
NOM :	Téléphone : / / / /	Lien avec l'enfant :

PRESTATIONS FAMILIALES	
Allocataire : <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA* <input type="checkbox"/> Autres * <input type="checkbox"/> Non Allocataire	
Nom Allocataire : _____ N° Allocataire (obligatoire) _____	
<b>*Fournir un justificatif</b>	

**DOSSIER SANTÉ**

Médecin traitant

<b>Nom :</b>	<b>Adresse :</b>	<b>Tél :</b> /    /    /    /
--------------	------------------	-------------------------------

Vaccins obligatoires

Diphthérie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Date du dernier rappel :</b>
Tétanos	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Date du dernier rappel :</b>
Poliomyélite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Date du dernier rappel :</b>

Votre enfant a-t-il eu une de ces maladies suivantes ?

Rubéole : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Angine : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Scarlatine : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Oreillons : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**Votre enfant prend-il un traitement médical annuel :**  Oui\*     Non    Lequel : \_\_\_\_\_

\* Fournir une ordonnance médicale de l'année en cours

**Votre enfant a-t-il des allergies (alimentaire, médicamenteuse...) ?**  Oui\*     Non    Préciser : \_\_\_\_\_

\* Fournir une attestation médicale.

Recommandations utiles (difficultés santé, précautions à prendre, lunettes...)

---



---

**AUTORISATIONS PARENTALES**

**1/ J'autorise mon enfant à participer à une sortie encadrée par l'animateur**     Oui     Non

**2/ J'autorise mon enfant à rentrer seul de la maison des jeunes**     Oui     Non

**3/ J'autorise mon enfant à sortir librement du local jeune (accueil libre)**     Oui     Non

**Attention : En cas d'interdiction de sortie libre (3), les conditions d'accueil du jeune devront être déterminées à l'inscription entre l'animateur, les parents et l'enfant. Ces conditions devront être formalisées par écrit et signées par les 3 parties.**

**Je soussigné(e)** \_\_\_\_\_ **représentant(e) légal(e) de** \_\_\_\_\_

Autorise le transport de mon enfant et toutes interventions chirurgicales rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant:  Oui     Non

Reconnais avoir pris connaissance du Règlement Intérieur de l'Animation Jeunesse :  Oui     Non

Autorise l'animateur à transporter dans son véhicule mon enfant dans le cadre d'une animation :  Oui     Non

Autorise la Communauté d'Agglomération Pornic Agglo Pays de Retz à photographier ou filmer mon enfant pour les supports de communication de la structure (magazine intercommunal, plaquettes, expositions, site internet Pornic Agglo, réseaux sociaux, presse):  Oui     Non

Autorise la Communauté d'Agglomération Pornic Agglo Pays de Retz à interroger le site internet CAF « Cdap » avec mon N° allocataire CAF, afin de mettre à jour mon quotient familial:  Oui     Non

Atteste de l'exactitude des renseignements portés dans le présent formulaire et m'engage à signaler tout changement éventuel au service Animation Jeunesse:  Oui     Non

**Atteste avoir pris connaissance que l'inscription à l'animation jeunesse sera définitive uniquement si le dossier est complet (les dossiers incomplets ne seront pas traités)**

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Nom et signature