



FICHE D'ADHESION INSCRIPTION A L'ACCUEIL JEUNES (11 – 17 ans)

RENSEIGNEMENTS

- **JEUNE :**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Lieu de naissance :

Téléphone :

RESPONSABLE LEGAL 1 :	RESPONSABLE LEGAL 2 :
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :/...../.....	Date de naissance :/...../.....
Adresse :	Adresse :
.....
Profession :	Profession :
Nom et Adresse de l'employeur :	Nom et Adresse de l'employeur :
Téléphone :	Téléphone :
Mail :	Mail :
N° Allocataire CAF/MSA :	N° Allocataire CAF/MSA :

AUTORISATIONS PARENTALES

- **POUR L'ACCUEIL LIBRE :**

Lors de l'Accueil Libre (accueil non encadré par une activité précise), et uniquement sur ce temps-là, les jeunes ont la possibilité d'aller et venir librement, sous la seule condition de remplir une autorisation.

- **Les 11 – 13 ans :** pas de possibilité de sortie
- **Les 14 – 17 ans :** AUTORISE N'AUTORISE PAS

Et assume la pleine responsabilité de cette démarche et décharge la Communauté de Communes Dronne et Belle de toute responsabilité en cas de problème survenant en dehors de la structure.

- **DROIT A L'IMAGE :**

Les prises de vue de votre enfant (photos ou vidéos) seront utilisées sur tous les supports dans le cadre de la communication de la Communauté de Communes Dronne et Belle (pour une durée illimitée).

- AUTORISE** gracieusement la publication d'images de mon enfant qui auront été prises lors de sa participation aux activités organisées par l'Accueil Jeunes sur tout support de communication relatif à la promotion de ses activités (notamment la presse écrite et le site Internet de la structure)
- N'AUTORISE PAS** la publication d'images de mon enfant

- **RESEAUX SOCIAUX :**

J'autorise que les prises de vue de mon enfant (photos ou vidéos) soient utilisées sur les réseaux sociaux de l'Accueil Jeunes Dronne et Belle (pour une durée illimitée)

OUI NON

- **TRANSPORTS :**

Dans le cadre des activités de l'Accueil Jeunes, nous sommes amenés à nous déplacer avec un véhicule de service (minibus) pour les navettes et/ou un transport en commun lors des sorties.

J'autorise la collectivité à transporter mon enfant dans le cadre des déplacements quotidiens ou spécifiques

OUI NON

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles de l'enfant, elle évite de vous démunir de son carnet de santé.
Merci de nous indiquer tout changement.

- MEDECIN TRAITANT :

Nom : Téléphone :

Adresse :

N° de Sécurité Sociale de l'enfant :

Nom de la compagnie d'assurance extra-scolaire

Numéro du contrat :

- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

L'enfant suit-il un traitement médical : OUI NON

Si **oui**, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARALATINE
Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	
Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	

L'enfant a-t-il des allergies ?

ASTHME oui non **ALIMENTAIRES** oui non **MEDICAMENTEUSES** oui non **AUTRES** :

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

.....
.....

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....
.....

L'enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ?

- Oui, précisez :
- Non

Je soussigné(e),, responsable légale de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'Accueil Jeunes Dronne et Belle à prendre, le cas échéant, toutes mesures d'urgences rendues nécessaires par l'état de l'enfant : examens, soins, traitement médical, admission en établissement de soin, intervention chirurgicale, anesthésie.

J'autorise également, si nécessaire, le responsable de l'Accueil Jeunes Dronne et Belle à récupérer l'enfant à sa sortie de l'établissement de soin.

Date :

Signature :

PIECES A FOURNIR

- Attestation de carte vitale
- Copie des deux pages de vaccins
- Attestation de Pratique Nautique