

DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION

ACCUEIL DE JEUNES 14-17 ans

FAMILLES RURALES SAINT-JEAN-DE-FOS

20, rue des écoles laïques - 34150 Saint-Jean-de-Fos

04 67 54 00 57

Coordination

Julie BOUCHER
Coordinatrice

familles.rurales.sjdf@gmail.com

ALSH 3-17 ans

Cindy ALLAMELOU
Directrice ALSH

alsh34150@gmail.com

TAP et ludothèque

Xavier LEMERCIER
Coordinateur ALP

alpsaintjean@gmail.com

Pièces à joindre pour valider l'inscription :

Pour toute inscription :

- Fiche de renseignements (1 par enfant) dûment complétée et signée par les responsables
- Photocopie des vaccinations à jour
- Attestation d'assurance responsabilité civile et individuelle pour les activités extrascolaires
- PAI (ordonnance + traitement) le cas échéant
- Formulaire d'adhésion annuel à l'association Familles Rurales accompagné d'un règlement de 23 € (1 adhésion par famille)
- Règlement intérieur de l'Espace Jeunes signée par le jeune et le représentant légal



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

L'enfant :

Nom Prénom Date de naissance

Cochez le ou les services auxquels vous souhaitez inscrire votre enfant :

Responsables de l'enfant :

Responsable légal 1				Responsable légal 2			
<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Tuteur		<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Tuteur	
Nom				Nom			
Prénom				Prénom			
Email				Email			
Fixe				Fixe			
Portable				Portable			
Pro				Pro			
Catégorie Socio-professionnelle :				Catégorie Socio-professionnelle :			
<input type="checkbox"/> Agriculteur exploitant	<input type="checkbox"/> Artisan, commerçant	<input type="checkbox"/> Cadre	<input type="checkbox"/> Employé	<input type="checkbox"/> Agriculteur exploitant	<input type="checkbox"/> Artisan, commerçant	<input type="checkbox"/> Cadre	<input type="checkbox"/> Employé
<input type="checkbox"/> Profession intermédiaire	<input type="checkbox"/> Retraité	<input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle	<input type="checkbox"/> Ouvrier	<input type="checkbox"/> Profession intermédiaire	<input type="checkbox"/> Retraité	<input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle	<input type="checkbox"/> Ouvrier
<input type="checkbox"/> Enseignant	<input type="checkbox"/> fonctionnaire	<input type="checkbox"/> Intermittent du spectacle	<input type="checkbox"/> Chef d'entreprise	<input type="checkbox"/> Enseignant	<input type="checkbox"/> fonctionnaire	<input type="checkbox"/> Intermittent du spectacle	<input type="checkbox"/> Chef d'entreprise
Adresse				Adresse			
.....						
.....						

Assurance :

Nom de la compagnie d'assurance : Numéro de police :

Régime allocataire : Général (CAF) Agricole (MSA)

Nom de l'allocataire :

N° d'allocataire :

Sécurité sociale :

Numéro de sécurité sociale :

Droit à l'image / autorisation :

J'autorise mon enfant à être pris en photos/vidéos et leur diffusion à des fins de communication sur les activités de l'association.

 J'autorise Je n'autorise pas

J'autorise mon enfant à faire parti des groupes de conversations dédiées aux adolescents (WhatsApp, Snapchat)

 J'autorise Je n'autorise pas

Autorisation à sortir seul(e) :

ESPACE JEUNES (- 14)	J'autorise mon enfant à partir seul(e)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Précisez l'heure :
ESPACE JEUNES (+ 14)	J'autorise mon enfant à entrer et sortir librement de l'accueil	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom / Prénom	Qualité (lien avec l'enfant)	Téléphone

Renseignements sanitaires

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Coqueluche	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Otite	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Rougeole	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Oreillons	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Rubéole	<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
Scarlatine	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Votre enfant rencontre-t-il des problèmes de santé particuliers ? (allergies, traitements en cours, antécédents médicaux ou chirurgicaux, pathologies chroniques ou aiguës, contre-indications...). Si oui, merci de nous préciser la conduite à tenir.

.....

En cas de suivi d'un traitement, transmettre au responsable de l'accueil une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments et emballages d'origines marquées au nom de l'enfant, avec la notice). Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

Régime alimentaire spécifique (précisez)

Nom du médecin traitant :

Téléphone :

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

J'autorise l'équipe pédagogique à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur des Accueils Collectifs de Mineurs de l'association et m'engage à le respecter.

Fait à

le ... / ... /

Signature du responsable légal
précédée de la mention « lu et approuvé »