

FICHE JACK

Validité - 01/10/16 > 30/09/17

fiche à remettre accompagnée de 1€ de cotisation au secteur jeunesse

(en espèces de préférence, paiement séparé des activités et de l'adhésion au Centre Social pour faciliter le traitement)

Aucune inscription ne pourra être prise sans fourniture préalable de ces documents.

INFORMATIONS CONCERNANT LE JEUNE

Nom : Prénom du jeune :

Date de naissance : Garçon Fille

Tél portable : Mail jeune :

Facebook : Pointure (chaussure) :

INFORMATIONS CONCERNANT LES PARENTS

	PERE	ET /OU MERE
NOM PRENOM		
ADRESSE		
CODE POSTAL - COMMUNE		
TELEPHONE FIXE		
TELEPHONE PORT.		
TELEPHONE PROF.		
MAIL		

N° allocataire CAF : MSA :

Quotient Familial : Autre régime :

Si MSA, merci de préciser la caisse départementale :

Maine-et-Loire Loire-Atlantique Vendée Autre : précisez

ATTENTION : Si le quotient familial est mal renseigné, aucune minoration de tarif ne sera proposée.

En cas de besoin, le Centre Social est habilité par la CAF afin de disposer du quotient familial.

La participation des parents sur la mise en place des animations est toujours la bienvenue !

Merci de préciser si vous pouvez apporter votre aide (prêt de remorque, outils, matériel de camping, encadrement d'activité, participation à la commission enfance-jeunesse, autres) :

.....

.....

AUTORISATION PARENTALE (merci de rayer les mentions en cas de refus)

Je soussigné M....., accepte que :

- Mon enfant participe aux déplacements en lien avec les différentes activités.
- Les animateurs prennent, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.
- Mon enfant effectue certaines activités en autonomie, lors de certains temps d'animations et sous certaines conditions : groupes de 3 minimum, horaires de rendez-vous décidé avec les animateurs, connaissance et repérage des lieux, possibilité de joindre les animateurs à tout moment.
- Mon enfant soit photographié pour la communication (internet, presse, plaquettes, infos communales...)
- Mon enfant rentre seul(e) après l'activité
- Mon enfant puisse repartir avant la fin de l'activité
- Mon enfant puisse se baigner
- Je m'engage à informer le Centre Social de tout changement (téléphone, adresse, infos sanitaires, quotient familial...).

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE JEUNE

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Date
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				ROR (Rubéole-Oreillons-Rougeole)	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autre (préciser)	
Ou Tétracop					
BCG					

- Le jeune suit-il un traitement ? OUI NON (si oui, joindre une ordonnance récente des médicaments correspondants)

- A-t-il eu les maladies suivantes ? (entourez-les)

Rubéole - varicelle - angine - rhumatisme articulaire aigu - scarlatine - coqueluche - otite - rougeole - oreillons

Allergies :

.....
.....

Difficultés de santé particulières et précautions à prendre :

.....
.....

Recommandations utiles des parents (lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaires, etc...) :

.....
.....

Fait à :

Le :

Signature des parents :