

### Dossier d'inscription 2017/2018



#### Généralités

Vous souhaitez inscrire votre enfant à l'espace des jeunes du mercredi, du vendredi et/ou des vacances, il vous suffit de constituer un dossier contenant :

- + Cette fiche d'inscription annuelle ;
- + La fiche sanitaire de liaison ;
- + Le règlement intérieur signé par le représentant légal et par le jeune.

#### Pour information :

Les espaces jeunes sont des lieux **d'échanges**, de **rencontres**, de **loisirs**, de **montages de projets**, et de **prévention** qui s'adressent aux jeunes de **12 à 17 ans** sur des temps d'accueil informel (pas d'activités programmées) et des temps d'activités formalisés (sorties ou activités animées).

Les jeunes peuvent y trouver sur place : baby-foot, tennis de table, console de jeux, billard, jeux, etc.

Ce service met à disposition des jeunes un lieu **identifié** permettant **l'échange**, **le dialogue** avec des référents adultes, des activités informelles, et afin que les jeunes puissent se **rencontrer** ou se **retrouver**. L'espace jeunes facilite la définition des **besoins et attentes** des jeunes en matière de **loisirs**, **d'information**, et travaille sur **la prévention** des conduites à risques. L'animateur les aide à définir et **être acteurs** de leur temps libre et les accompagne dans la **mise en œuvre de projets** divers.

#### JEUNE

NOM : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : ...../...../..... Age : .....ans  
Numéro de portable du jeune : ..... / ..... / ..... / ..... / .....  
Adresse @-mail du jeune : .....

#### RESPONSABLE LEGAL

Cocher la case correspondante  Père  Mère  Tuteur légal

Madame, Monsieur : .....  
Demeurant (adresse): .....  
CP : ..... Ville : .....  
Téléphone domicile : .....  
Téléphone portable : .....  
Téléphone travail : .....  
Adresse @-mail des parents : .....

- Bénéficiaire des bons CAF :  oui  non N° allocataire : .....  
Quotient familial : .....

- Bénéficiaire MSA:  oui  non Si oui, N° allocataire : .....

### AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) Madame, Monsieur.....

Père

Mère

Tuteur légal

AUTORISE l'espace jeune de Meucon à :

- Ce que mon enfant participe aux activités sportives et culturelles proposées.
- Présenter mon enfant au médecin désigné ou si celui-ci était indisponible à tout autre médecin.
- A prendre toutes les dispositions jugées utiles en cas d'accident ou de maladie, pour faire soigner mon enfant, à faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgences.
- Photographier mon enfant dans le cadre des activités du centre et en autorise la parution.

oui

non

Fait à....., le ..... Signature du ou des responsables légaux

### URGENCES MEDICALES

Médecin traitant :.....Tel :.....

En cas d'urgences, je demande à contacter prioritairement :  Père  Mère  Tuteur légal

Si nous ne parvenons pas à vous joindre, vous souhaitez que nous prévenions :

	NOM- PRENOM	N° téléphone	Lien avec l'enfant
1		Maison ..... Travail :..... Portable :.....	
2		Maison ..... Travail :..... Portable :.....	
3		Maison ..... Travail :..... Portable :.....	

Fait à....., le ..... Signature du ou des responsables légaux

Le jeune peut venir quand il le souhaite lors des heures d'ouverture de l'Espace Jeunes s'il s'est inscrit. Sur les temps d'accueil informel, le jeune peut venir et s'absenter comme il le veut en inscrivant ses horaires de présence.

Sur les temps d'activités formalisées, le jeune est **obligé** de participer à l'intégralité de celle-ci mais il peut repartir ou rester sur l'accueil informel après que celle-ci ce soit terminée.

Il est toutefois possible de choisir que le jeune ne s'absente ou ne vienne/parte pas seul de l'espace des jeunes en le précisant ci-dessous.

Je soussigné(e) Madame, Monsieur (nom des parents ou tuteur légal).....

J'autorise mon enfant à rentrer seul en quittant l'espace des jeunes

Je n'autorise pas mon enfant à rentrer seul de l'espace des jeunes

J'autorise mon enfant à s'absenter durant les temps informels de l'espace jeunes

Je n'autorise pas mon enfant à s'absenter des temps informels de l'espace jeunes

J'autorise à venir chercher mon enfant en cas de retard ou d'indisponibilités :

	NOM- PRENOM	Adresse	CP-Ville	N° téléphone	Lien avec l'enfant
1					
2					

Fait à....., le ..... Signature du ou des responsables légaux

L'inscription de votre enfant à l'espace jeune de Meucon est valable une année civile (de septembre à septembre).

Le jeune sera sous la responsabilité de(s) animateur(s) à l'intérieur du local et en cas de sorties ou animations programmées.

L'inscription annuelle est de 5 euros. Le jeune pourra ensuite se rendre gratuitement à l'espace jeune pendant les heures d'ouverture.

La famille devra s'acquitter du montant des activités payantes auxquelles le jeune s'est inscrit. Les factures seront transmises par @mail ou par courrier.

Je soussigné(e) Madame, Monsieur ..... responsable légal du mineur ..... accepte les conditions d'organisation et le règlement intérieur de l'espace jeunes de Meucon.

Signature du ou des responsables légaux



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_  
 PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
 GARÇON  FILLE

## DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT : ELLE EVITE DE VOUS DEMURER DE SON CARNET DE SANTÉ.

## 2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Couqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.  
 ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? 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 avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

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	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
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		

ALLERGIES : ASTHME  oui  non  MÉDICAMENTEUSES  oui  non

ALIMENTAIRES  oui  non  AUTRES \_\_\_\_\_  oui  non

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**  
 LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ

\_\_\_\_\_

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui  non

SI IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui  non

## 5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
 ADRESSE (pendant le séjour) : \_\_\_\_\_

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : \_\_\_\_\_ BUREAU : \_\_\_\_\_

N° SÉCURITÉ SOCIALE : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : \_\_\_\_\_

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL :  DE LA CMU  D'UNE PRISE EN CHARGE S. S. À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

Je soussigné, ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_