

FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION

ANNÉE SCOLAIRE 2019/2020



LE JEUNE

Nom :
Prénom :
Date et lieu de naissance :
..... Sexe : fille garçon
N° de sécurité sociale :
N° de portable du jeune :
@ du jeune :

PARENT 1

Nom :
Prénom :
Date et lieu de naissance :
N° de sécurité sociale :
Adresse postale (si différente de l'enfant) :
.....
N° de portable :
Profession :
Nom et N° de tél. de l'employeur :
.....

LE REGIME

CAF MSA N° d'allocataire : Quotient familial* :

*Si votre quotient familial est inférieur à 900, joindre la copie du document CAF qui l'atteste.

LES AUTORISATIONS

Je soussigné(e),, responsable légal de

- Autorise/n'autorise* pas que mon enfant soit filmé ou photographié pendant les activités organisées par l'association « l'écho des jeunes » et donc autorise ou non la diffusion de ces supports (renonce à tous droits d'utilisation de son image).
- Autorise les animatrices à prendre toute décision concernant notre fils/fille* en cas de manquement grave au règlement (non-respect, consommation d'alcool, vol...), nous reconnaissons avoir pris connaissance des règles de fonctionnement de l'association et du local des jeunes et en accepter les termes
- Autorise/n'autorise* pas l'équipe d'animation à consulter notre coefficient familial sur le site CAF (CDAP).
- J'autorise mon enfant à rentrer seul OUI ou NON*. Si NON, personnes autorisées à venir chercher mon enfant au foyer :

Mr/Mme/Mlle* lien parenté Tél. :
Mr/Mme/Mlle* lien parenté Tél. :

* Rayer la mention inutile.

LA SANTE

Vaccin obligatoire en collectivité : (joindre une photocopie des vaccins)

- D.T.P. (Diphtérie Tétanos Poliomyélite) Date du dernier rappel :

Allergie(s), traitement(s), difficulté(s) de santé, recommandation(s) particulière(s) :
.....
.....

Médecin traitant : N° de tél. :

Je soussigné(e),, responsable légal de

Déclare exacts les renseignements concernant l'état médical de l'enfant et autorise les animatrices à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

**JOINDRE AU DOSSIER UNE ATTESTATION D'ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE, LE REGLEMENT DU FOYER
SIGNE, UNE PHOTOCOPIE DU CARNET DE VACCINATIONS ET LE PAIEMENT DE LA COTISATION DE 12€ (non dégressif
sur l'année)**