



INSCRIPTION POINT JEUNESSE 2023/2024

Téléphone : 07.76.91.72.07

Mail : pointjeunesse@allassac.fr

| | |
|---|----------------------|
| CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION | |
| Date échéance assurance :/...../20... | Observations : |

Pièces justificatives à joindre au dossier : (tout dossier incomplet ne sera pas traité)

- Photocopie du carnet de vaccination OU attestation du médecin comme quoi l'enfant est à jour dans les vaccinations
- Attestation d'assurance EXTRA-SCOLAIRE année 2023/2024
- Fiche sanitaire de liaison à remplir (fiche joint dans le dossier)
- Copie du dernier avis d'imposition du foyer (vivant sous le même toit que l'enfant)
- Attestation pour activités nautiques et aquatiques

Renseignements relatifs à l'enfant :

| | |
|--------------------------|--|
| Nom Prénom | |
| Date de Naissance | |
| L'enfant sait-il nager ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non BREVET : <input type="checkbox"/> |

Famille

Responsable légal 1 :

Père Mère Autre :

Nom-Prénom :

Téléphone :

Adresse :

Mail :

Employeur : Tel :

Responsable légal 2 :

Père Mère Autre :

Nom-Prénom :

Téléphone :

Adresse :

Mail :

Employeur : Tel :

En cas de séparation ou de divorce, la garde est assurée par : Le représentant 1 Le représentant 2
Garde alternée

| | Nom -Prénom | Lien de parenté | Téléphone |
|--|-------------|-----------------|-----------|
| Personne majeures autorisées à venir chercher l'enfant (avec une carte d'identité) | | | |

J'autorise une personne mineure (à partir de l'6ieme) à venir chercher mon enfant avec sa pièce d'identité:

Nom..... Prénom
Lien avec l'enfantTel domicile.....Tel portable.....

Renseignements sur la santé de l'enfant

Nom du médecin traitant : tél :
Votre enfant présente-t-il des troubles de la santé ou des allergies : Oui Non
Si oui merci de préciser :
Un projet d'Accueil Individualisé (PAI) a-t-il été mis en place avec le médecin : Oui Non
Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier : Oui Non
Si oui merci de préciser :

Autorisations

Nom et prénom du demandeur :..... représentant légal de l'enfant :

- Autorise mon enfant à effectuer des déplacements, à pied ou en bus liés à des besoins de service
Oui Non
- Autorise mon enfant accidenté ou malade à être transporté et hospitalisé par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille sera immédiatement avertie par nos soins.
Oui Non
- Autorise le personnel à photographier, à filmer ou à enregistrer mon enfant et à diffuser l'image pour la présentation des activités dans : la presse, expositions, site internet de la commune et page Facebook privée (cette page est ouverte uniquement aux parents dont les enfants sont inscrits au point jeunesse).
Oui Non
- Je déclare que mon enfant est en bonne santé et a reçu les vaccinations réglementaires, lui permettant de s'adapter à la vie en collectivité.
Oui Non
- J'autorise mon enfant à venir et quitter seul le point jeunesse après les soirées et les journées des vacances.
Oui Non
- J'autorise mon enfant à partager le véhicule d'un autre parent en cas de covoiturage.
Oui Non

L'absence de réponse sera considérée comme une réponse négative.

Je déclare avoir pris connaissance des conditions d'inscription et de fonctionnement et accepté le règlement intérieur.

Je certifie être informé(e) que, en cas d'urgence, les services de secours seront contactés et que des mesures pourront être prises, y compris l'hospitalisation.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus et je m'engage à signaler toute modification concernant la santé de l'enfant, un changement d'adresse ou un numéro de téléphone.

Fait à le

Signature obligatoire du et ou des représentant légaux (en cas de garde partagée de l'enfant).