



# Fiche d'inscription 2023

## Pays de Meslay-Grez

### Service Jeunesse

Nom du jeune : .....

Prénom du jeune : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Fille Garçon 

Téléphone portable du jeune : ...../...../...../...../.....

E mail du jeune : .....

Nom et prénom du responsable légal : .....

Adresse .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone portable mère : ...../...../...../...../.....

Téléphone portable père : ...../...../...../...../.....

Téléphone domicile : ...../...../...../...../.....

E mail : .....

Régime d'allocations familiales (**renseignement obligatoire**) :

<b>CAF:</b> N° d'allocataire : ..... Quotient familial : .....	<b>Autres (MSA, RSI, ...):</b> N° d'allocataire : ..... Quotient familial : ..... (Fournir un justificatif de QF)
--	--

**En l'absence des parents**

Personne à prévenir en cas d'urgence :

.....

N° de téléphone : ...../...../...../...../.....

N° de téléphone portable : ...../...../...../...../.....

**Autorisation**

- J'autorise les animateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence
- J'autorise les animateurs à véhiculer mon enfant en cas d'animations extérieures
- J'autorise les animateurs à photographier mon enfant pour la promotion des actions du service jeunesse, éditer des documents de nature pédagogique (journal interne et externe, affiches, support de communication, blog), faire des expositions relatives aux accueils de loisirs ou à nos séjours
- J'autorise mon enfant à rentrer seul une fois les animations terminées

Cette autorisation est valable annuellement du 1<sup>er</sup> Janvier au 31 décembre, et pourra être révoquée à tout moment. La présente autorisation est incessible.

**Assurance**

Je soussigné(e)\* ..... père, mère, tuteur, responsable du jeune désigné ci-dessus, certifie avoir contracté une assurance individuelle accident couvrant les dommages corporels (Responsabilité civile ou extra-scolaire ou autre...).

**Vaccinations : transmettre une photocopie du carnet de santé des vaccins à jours**

**Renseignements médicaux concernant le jeune**

ALLERGIES :    ASTHME            OUI     NON             MEDICAMENTEUSES    OUI     NON   
                  ALIMENTAIRE    OUI     NON             AUTRES Précisez .....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (SI AUTOMEDICATION, LE SIGNALER)

.....  
.....  
.....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS

.....  
.....  
.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS : PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....  
.....  
.....

**RESPONSABLE DU JEUNE :**

Je soussigné(e), ..... parent / tuteur, responsable légal de ..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable des animations et/ou lieux d'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du jeune.

**Joindre :**

- Une cotisation annuelle de 1€ valable du 1<sup>er</sup> Janvier au 31 décembre 2023
- La photocopie du carnet de vaccination à jour
- l'attestation responsabilité civile ou extra-scolaire

DATE :

SIGNATURE :

**Pour tout renseignement complémentaire :**

Adrien, Karine ou Marie Laure au 02 43 64 16 23 ou [servicejeunesse@paysmeslaygrez.fr](mailto:servicejeunesse@paysmeslaygrez.fr)