



MAISON DES JEUNES DE SAINT-CYPRIEN

FICHE D'INSCRIPTION – DATE : / /

Adhésion :

▣ SITUATION FAMILIALE DES PARENTS

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Marié | <input type="checkbox"/> Mère Célibataire | <input type="checkbox"/> Père Célibataire |
| <input type="checkbox"/> Parents séparés | <input type="checkbox"/> Parents divorcés | <input type="checkbox"/> Vie Maritale |
| <input type="checkbox"/> Père décédé | <input type="checkbox"/> Mère décédée | <input type="checkbox"/> En famille d'accueil |

▣ RESPONSABLE LEGAL

- PERE MERE AUTRE

NOM :

Prénom :

Adresse :

.....

Code Postal :

Tel domicile :

Portable :

@ :

N° Sécurité Sociale :

.....

Profession :

Employeur :

Tel professionnel :

▣ AUTRE RESPONSABLE LEGAL

- PERE MERE AUTRE

NOM :

Prénom :

Adresse :

.....

Code Postal :

Tel domicile :

Portable :

@ :

N° Sécurité Sociale :

.....

Profession :

Employeur :

Tel professionnel :

N° ALLOCATAIRE C.A.F. :

OU M.S.A. :

(Impératif)

▣ PERSONNE(S) A PREVENIR EN CAS D'URGENCE SI VOUS N'ETES PAS JOIGNABLE :

☞ NOM : PRENOM

TEL.

☞ NOM : PRENOM

TEL.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADOLESCENT

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : A :

ETABLISSEMENT FREQUENTE :

CLASSE :

TEL : PORTABLE :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

NOM DU MEDECIN ET N° DE TELEPHONE :

.....
- Actuellement, votre enfant suit-il un traitement ? OUI NON
Si oui, joindre l'ordonnance du médecin.

- Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, dentaires, etc (précisez)
.....
.....

RECOMMANDATIONS DES PARENTS : indiquez les maladies, allergies, hospitalisations...
.....
.....
.....

▣ DOCUMENTS A FOURNIR

- Adhésion
- Assurance de responsabilité civile
- Attestation de savoir-nager 25 m et s'immerger
- Photocopie du carnet de vaccination

Les renseignements à donner au moment de l'inscription, sont destinés à l'administration et à une meilleure connaissance du jeune que nous accueillons.

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) responsable légal de l'adolescent déclare exacts tous les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la Maison des Jeunes à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de mon adolescent.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Traitement médical | <input type="checkbox"/> Hospitalisation |
| <input type="checkbox"/> Intervention chirurgicale | <input type="checkbox"/> Anesthésie générale |
- (Cochez les cases correspondantes)

J'autorise mon enfant à se rendre à la Maison des Jeunes pour participer aux activités diverses organisées, y compris tous les types de déplacement (à pied, bus, vélo ou minibus...).

oui non

J'autorise mon enfant à sortir de la Maison des jeunes, sans être accompagné par un animateur, lorsque mon enfant souhaite se rendre à l'extérieur (pour rejoindre des copains, acheter des bonbons ou se rendre à son domicile...). Dès que l'enfant quitte la structure, l'équipe d'animation n'est plus responsable de l'adolescent.

oui non

DROIT A L'IMAGE

J'autorise la Mairie de Saint-Cyprien à réaliser des prises de vues mettant en scène mon enfant et à utiliser librement les photographies et/ou les vidéogrammes sur lesquelles figure mon enfant pour illustrer les diverses publications quel qu'en soit le support présentant les actions de la Maison des Jeunes de Saint-Cyprien, sans demander ni rémunération, ni droits d'utilisation pour les utilisations citées.

Les légendes accompagnant ces illustrations ne devront pas porter atteinte à la réputation ou à la vie privée de mon enfant, conformément aux lois en vigueur.

OUI NON

Fait à St Cyprien, le

Signature des parents (ou des représentants légaux).