



DOSSIER D'INSCRIPTION

ESPACE JEUNES MEOUNES

2019-2020

Renseignements du jeune

NOM : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... SEXE : F – M

Adresse : .....

Classe : .....et Nom de l'établissement : .....

Renseignements des Parents

Responsable (s) Légal / légaux ? Père  Mère  Autre

Situation Familiale : Marié (e) Divorcé (e) Séparé (e) Veuf (ve) Union libre

PERE
Nom : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
.....
.....
Téléphone portable : .....
Téléphone Travail : .....
Profession : .....
Mail : .....
@.....

MERE
Nom : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
.....
.....
Téléphone portable : .....
Téléphone Travail : .....
Profession : .....
Mail : .....
@.....

Assurance

Nom et Adresse : .....

N° de téléphone de la Compagnie : .....

N° de Contrat : .....

Centres d'intérêts. (Sport ; jeux ; cinéma etc.....)

Déclaration du / des responsables (s) légal / légaux

Je soussigné (e) Mme / Mr ..... Père :  Mère :  Tuteur :

- Autorise mon enfant à participer aux activités organisées par l'espace jeunes
- M'engage à payer l'adhésion annuelle, le coût des activités auxquelles mon enfant participera et le coût des repas mercredis de 3.25 €.
- Autorise le responsable de l'espace jeunes à le faire soigner et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins.
- M'engage à payer les frais médicaux, d'hospitalisation et d'intervention chirurgicale éventuels.
- Certifie l'exactitude de tous les renseignements portés sur ce document.

Autorisation

Mr ou / et Mme .....

Autorisons notre enfant : .....

A quitter la structure seul dès : ..... H ..... Et décharge la structure de toute responsabilité.

OUI  ou NON

Si non, merci de noter les personnes autorisées à venir le récupérer :

Autorisation de photographe, filmer et de publier

Nous soussigné (e) :

- Nom et Prénom du Père : .....  
Domicilié à : .....
- Nom et Prénom de la Mère : .....  
Domicilié à : .....
- Si Tuteur : Nom et Prénom : .....  
Domicilié à : .....

Autorisons : La Mairie de Méounes-Les-Montrieux ; 14 Route de Brignoles 83136 et toutes les personnes physique ou moral qu'elle mandaterait, à :

1- Photographe et filmer mon / mes enfants

Nom et Prénom : .....

Nom et Prénom : .....

Nom et Prénom : .....

2- Reproduire son / leur image ;

3- Diffuser et publier cette image afin d'illustrer toutes publications de la mairie destinée à un public interne et externe et que celle-ci soient faites à titres gratuit, mais également illustrer le site internet de la mairie et de l'espace jeunes.

Fait à : .....

Le : .....

Signature des parents ou responsable légal :

« Lu et approuvé »

Documents obligatoire à Fournir au dossier
--

- Dossier d'inscription rempli daté et signé
- Fiche sanitaire complétée
- Photocopie du carnet de santé (DT polio)
- Si votre enfant procède un PAI, photocopie du document
- Attestation d'assurance extrascolaire et responsabilité civile
- Certificat médical : vaccins à jours, apte aux pratiques sportives et physiques.
- Le paiement de l'adhésion annuelle (année scolaire) à l'espace jeunes : 50 € pour les Méounais.
- Fratrie 2 ème enfants 30 € ; 3 ème enfants 20 €.
- Hors Communes adhésion de 100 €
- Règlements par chèque à l'ordre du « trésor public » ou en espèces.

Des documents complémentaires pourront vous être demandés en fonction des activités spécifique ou séjours auxquels votre enfant participera.

**TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS PRIS EN COMPTE**

**RETOUR DOSSIER POUR LE : VENDREDI 02 AOUT 2019.**

Fiche sanitaire

Information concernant la santé de votre enfant :

Nom : .....

Prénom : .....

Date de Naissance : .....

Numéro de Sécurité Sociale : .....

Numéro de Contrat Mutuelle : .....

Nom et Adresse Mutuelle : .....

Vaccin Obligatoire	Date dernier Rappel
DT Polio	

Asthme : OUI NON

Allergie Alimentaire : OUI NON

Si oui à quel aliment ? .....

Quel est l'effet produit ? .....

La conduite à tenir ? .....

Allergie Médicamenteuse : OUI NON

Si oui à quel médicament / Molécule : .....

Quel est l'effet produit ? .....

La conduite à tenir ? .....

Votre enfant a-t-il un projet d'accueil individuel (protocole médicale : PAI) : OUI NON

Autres informations utiles à nous communiquer / .....

Coordonnées du Médecin Traitant :

Nom et Prénom : ..... Téléphone : .....