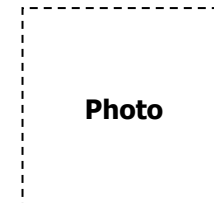


L'inscription à l'ALSH pour Adolescents permet d'accéder :

- aux espaces jeunesse et multimédia
- aux actions jeunesse moyennant une participation supplémentaire (activités, sorties, soirées et mini-camps, semaines de multi-activités, camps,...)



Direction de l'administration générale
Pôle Jeunesse et Culture du Devois
☎ 04 67 58 15 62 / 06 42 32 30 50 / 06 30 27 76 87
GS / CP

ATTESTATION ET AUTORISATION PARENTALE 2017-2018

Je soussigné(e),..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur ce document et

Autorise :

- ☞ mon enfant à participer aux activités proposées dans le cadre des « actions jeunesse et sports », à être transporté en minibus sur les différents lieux d'activités ou à se rendre par ses propres moyens sur les lieux de rendez-vous fixés (Espaces Jeunesse et Multimédia, Installations Sportives, salles et lieux d'activités,...).
- ☞ les personnes assurant l'encadrement à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, anesthésie générale...) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.
- ☞ l'équipe d'animation et l'organisateur à utiliser l'image de l'adhérent sur support photographique, informatique ou vidéo pour la présentation et la communication des actions du service jeunesse et sports.
- ☞ les personnes habilitées du service Jeunesse et Sports à consulter mes ressources sur Cdap (de la CAF de l'Hérault) afin de déterminer ma participation financière :
 OUI NON (*Si non, le tarif normal sera appliqué*)

Certifie avoir pris connaissance:

- ☞ des informations générales du fonctionnement des « actions jeunesse et sports » de l'ALSH pour adolescents.
- ☞ du fonctionnement de la « régie Jeunesse et Multimédia St Gély ».
- ☞ des règlements de fonctionnement, de la charte d'utilisation d'accès à internet et des conditions générales du fonctionnement des espaces jeunesse et multimédia.

(Ces documents seront affichés et consultables à l'espace jeunesse, ainsi que sur le site internet de la commune. Ils seront remis aux utilisateurs qui en feront la demande).

et déclare y souscrire entièrement.

M'engage s'il y a lieu :

- ☞ à rembourser à la municipalité les frais médicaux occasionnés en cas d'intervention du médecin.
- ☞ à signaler les problèmes de santé de mon enfant (régime alimentaire, asthme, maladie, hospitalisation, lunettes, lentilles, prothèses auditives et/ou dentaires, etc....) et à fournir le traitement médical (ordonnance + médicament) pour que celui-ci puisse être administré, en cas de besoin, par l'équipe d'animation.

Autorise **N'autorise pas *** (cochez la case correspondante)

mon enfant à fréquenter la structure d'accueil « Espaces jeunesse et multimédia ».

Fait à SAINT-GÉLY-DU-FESC, le

Responsable légal de l'enfant
Précédée de la mention « lu et approuvé »

BULLETIN D'INSCRIPTION – ANNEE SCOLAIRE 2018-2019 ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT POUR ADOLESCENTS ESPACES JEUNESSE ET MULTIMEDIA / ACTIONS JEUNESSE

ENFANT

Nom : Prénom : Garçon Fille
Date de Naissance :/...../..... Lieu de Naissance :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Courriel de l'enfant : ☎ Port. de l'enfant :
Régime d'appartenance : Régime Général, fonctionnaires, maritime et autres... (CPAM)
 Régime Agricole (MSA) Régimes spéciaux : assemblée nationale, sénat y compris parlementaires
Numéro d'allocataire CAF :

PARENTS (ou responsable légal)

Responsable légal 1 :

Nom : ☎ portable :
Prénom : ☎ domicile :
Profession : ☎ travail :
Adresse (si différente de celle de l'enfant) :
.....
Courriel :

Responsable légal 2 :

Nom : ☎ portable :
Prénom : ☎ domicile :
Profession : ☎ travail :
Adresse (si différente de celle de l'enfant) :
.....
Courriel :

Personne à joindre en cas d'absence des parents :

Nom : ☎ portable :
Prénom : ☎ domicile :
☎ travail :

FICHE SANTE

1 - VACCINATIONS

Les parents doivent obligatoirement fournir une **attestation signée par un médecin qui stipule que les vaccinations obligatoires sont à jour et/ou la photocopie de la page des « vaccinations » du carnet de santé** indiquant clairement l'identité de son détenteur.

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	AUTRES VACCINS	DATES
	oui	non			
Antidiphtérique				BCG	
Antitétanique				Hépatite B	
Antipoliomyélitique				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Coqueluche	
				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires (vaccinations : antidiphtérique, antitétanique, antipoliomyélitique), joindre un certificat médical de contre-indication.

Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

Médecin traitant :

Ville :

 :

2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Rubéole | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Scarlatine | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Varicelle | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Coqueluche | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Angine | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Otite | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Rougeole | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Oreillons | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Rhumatisme articulaire aigu | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |

FICHE SANTE

Allergies ?

- | | | |
|-----------------|------------------------------|------------------------------|
| Alimentaires | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Médicamenteuses | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Asthme | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |

Autres (précisez) :

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....

3 - TRAITEMENT MEDICAL

Si l'enfant doit prendre un **traitement médical**, fournir une **ordonnance récente** et les **médicaments** correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE

4 - SANTE

Signalez-nous les éventuelles difficultés de santé rencontrées par votre enfant (Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et **les précautions à prendre.**

.....

5 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

Précisez :

.....

