

ANIMATION
JEUNESSE
ESTIVALES

DOSSIER D'INSCRIPTION

2023

FICHE DE RENSEIGNEMENT ANIMATION JEUNESSE
COMMUNAUTAIRE - LEO LAGRANGE OUEST - VHBC

Coordonnées du jeune

NOM du jeune : _____ Prénom du jeune : _____

Date de naissance : ____/____/ 20____

Genre : Masculin Féminin

Adresse du jeune : _____ Ville : _____

Téléphone du jeune : _____ Collège/Lycée : _____

Autre activité extrascolaire (*foot, dessin...*) : _____

Jour de pratique : Mercredi Vendredi Samedi Autre

Coordonnées des responsables légaux

Parent ou responsable légal 1

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Tél Portable : _____ Tél Domicile : _____ Tél Professionnel : _____

Email : _____@_____

Parent ou responsable légal 2

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Tél Portable : _____ Tél Domicile : _____ Tél Professionnel : _____

Email : _____@_____

⚠ Attention, merci de bien remplir les numéros demandés. Ils sont obligatoires et vous permettent de bénéficier du tarif CAF.

Numéro d'allocataire CAF :

Numéro d'allocataire MSA :

Numéro de Sécurité Sociale :

Assurance :

L'association Léo Lagrange Ouest est assurée à la MAIF. Elle couvre les conséquences dommageables liées à l'activité.

Nous vous conseillons toutefois de souscrire un contrat d'assurance extrascolaire. La responsabilité de Léo Lagrange Ouest et des responsables d'activités n'est engagée que durant les heures effectives de fonctionnement et de présence du jeune.



Droit à l'image et à la voix

J'autorise, mon enfant à être pris en photo, filmé ou enregistré dans le cadre des activités. Ils pourront être utilisés par Léo Lagrange et VHBC afin d'illustrer leurs publications : magazines, réseau social, site internet ou d'éventuelles expositions/ valorisations.

Oui Non



Autorisation de sortie

J'autorise mon enfant à quitter seul(e) l'Espace Jeunes :

En journée : Oui Non

En soirée (après 18h30) : Oui Non

Informations sanitaires

❖ Fournir **obligatoirement** une photocopie du carnet de vaccination.

❖ Votre enfant présente-t-il des troubles de santé ? (allergies, asthme, eczéma, épilepsie...) Oui Non
Si oui, lesquels ? _____

❖ Votre enfant fait-il l'objet d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) ? Oui Non
• Si oui, veuillez joindre une photocopie.
• Si non, en cas de trouble identifié, merci de prendre contact avec le/la responsable.

❖ Médecin traitant : _____ Téléphone : _____

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance des encadrants (besoins particuliers, traitements médicaux, précautions à prendre, etc.)

Si votre enfant suit un traitement médical, merci de joindre une ordonnance récente précisant la posologie et les médicaments correspondants (dans l'emballage d'origine et avec la notice, marqués au nom du jeune).

En cas d'urgence

J'autorise les personnels à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant (médecin, hospitalisation...) et m'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques.

Je soussigné(e) représentant(e) légal(e) de l'enfant m'engage et valide l'ensemble des informations contenues dans ce document et autorise le traitement des données personnelles figurant dans cette fiche de renseignements 2023.

- je certifie avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement ainsi que du règlement intérieur de l'animation jeunesse.

- je m'engage à faire connaître à l'organisateur toutes modifications éventuelles.

- mon enfant participera aux sorties lorsque celles-ci sont organisées par l'animation jeunesse.

Fait à : _____

Le : ____/____/ 2023

Signature

Murielle DINET FEUNTEUN