

# DOSSIER D'INSCRIPTION

## POLE JEUNESSE

### Pièces obligatoires à joindre au dossier :

- ⇒ 1 Photocopie du dernier avis d'imposition pour la tarification modulée (à fournir tous les ans)  
Si Vie maritale, merci de fournir les 2 photocopies du dernier avis d'imposition
  - ⇒ 1 Dossier d'inscription par enfant + 1 fiche sanitaire renseignés et signés
  - ⇒ 1 Photocopie Passeport Jeunes CAF si vous en bénéficiez
  - ⇒ La dernière feuille du Projet de Fonctionnement renseignée et signée
- A l'avenir, il sera impératif de nous signaler tout changement afin de procéder à la mise à jour du dossier**

Nom et prénom de l'enfant ou du jeune : .....

Date de naissance : ..... Age : .....

Classe, école et enseignant : .....

Numéro de portable du jeune (facultatif) : .....

Adresse mail du jeune (facultatif) : .....

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

Adresse : .....

.....

Adresse mail : .....

Situation familiale :  Mariée  Vie maritale  Séparée/divorcé  Veuf  Célibataire

	PERE	MERE
Nom		
Prénom		
Adresse : (si différente de celle de l'enfant)		
Profession		
Employeur		
N° de Téléphone domicile		
N° de Téléphone portable		
N° de Téléphone travail		

### ➤ Allocations familiales versées par :

CAF Haute-Vienne

N° d'allocataire : .....



Mutualité Sociale Agricole

« J'autorise le Pôle Jeunesse du Val de Vienne à recueillir des informations concernant mon droit au passeport jeunes auprès de ma CAF afin de vérifier mon éligibilité et de simplifier mes démarches. »

Autres : .....

- Votre enfant a-t'il un régime alimentaire particulier ?
- allergie alimentaire : .....(merci de détailler dans la fiche sanitaire)
- sans porc

➤ **Autorisations parentales :**

. Autorisez-vous votre enfant à utiliser les moyens de transport proposés par le Pôle Jeunesse (mini bus ou bus) ?  OUI  NON

. Autorisez-vous l'utilisation de l'image de votre enfant (photos et vidéos) dans le cadre des activités du Pôle Jeunesse (presse locale, gazette, projet d'animation interne) ?

OUI  NON

. Mon enfant ne fait l'objet d'aucune contre-indication médicale à la pratique de toute activité sportive, et je l'autorise à pratiquer des activités sportives dans le cadre du Pôle Jeunesse :

OUI  NON

. J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant au Pôle Jeunesse :

Nom - Prénom	Téléphone	Lien de parenté

➤ **Autorisations parentales supplémentaires pour les 12 / 17 ans (6eme / Terminale) :**

. J'autorise mon enfant à venir seul au Pôle Jeunesse :  OUI  NON

Rappel : Nous sommes responsable de l'enfant ou du jeune à partir du moment où il est arrivé au Pôle Jeunesse

. J'autorise mon enfant à repartir seul du Pôle Jeunesse :

- OUI, avec des horaires libres
- OUI, avec des horaires imposées (voir avec les animateurs)
- NON

. Autorisez-vous votre enfant à utiliser les ordinateurs mis à disposition gratuitement dans l'espace cyber ?  OUI  NON

Fait à ....., le .....

Signatures des parents

**MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS**

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

**L'ENFANT**

NOM.....PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... GARÇON                       FILLE

**LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINES		RHUMATISMES		SCARLATINE	
non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui
COQUELUCHE		OTITES		OREILLONS		ROUGEOLE			
non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui

ALLERGIES : ASTHME                      OUI  NON   
 ALIMENTAIRES OUI  NON

MEDICAMENTEUSES OUI  NON   
 AUTRES : .....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

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

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :  
 (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations chirurgicales)

.....  
 .....

*Remplir à partir du carnet de santé, ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé*

VACCINS	NOM DU VACCIN ET DATE DE LA VACCINATION Précisez les rappels
* Obligatoires  Anti-diphtérique* Anti-tétanique* Anti-poliomyélitique*  Coqueluche Haemophilus influenza de type B Hépatite B  Rubéole - Oreillons – Rougeole  Tuberculose  Infection à pneumocoque  Infection à méningocoque de type C	

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ?

SI OUI, LEQUEL ? .....

*SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.*

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

*Votre enfant porte t'il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, ... Préciser*

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

NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN DE FAMILLE :

.....  
.....

**LE RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE : .....

.....

TEL : .....

Je soussigné(e), .....responsable de l'enfant....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : .....

Signature :