

# DOSSIER D'INSCRIPTION

## POLE JEUNESSE

### Pièces obligatoires à joindre au dossier :

- ⇒ 1 Photocopie du dernier avis d'imposition pour la tarification modulée (**à fournir en janvier 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.
- ⇒ L'attestation de responsabilité civile (la même que pour l'école).
- ⇒ La dernière feuille du Projet de Fonctionnement renseignée et signée.

**Il est 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 :  Marié  Concubinage  Séparé/divorcé  Veuf  Célibataire  Pacsé

	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 / sans viande / végétarien

➤ **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

*Le service Enfance Jeunesse de la Communauté de Communes du Val de Vienne dispose de moyens informatiques destinés à gérer plus facilement la gestion des inscriptions et le suivi quotidien des enfants et des familles. Les informations enregistrées sont réservées à l'usage du service concerné et ne peuvent être communiquées qu'aux coordonnateurs et directeurs de tranche d'âge du Pôle Jeunesse, et service facturation de la Communauté de Communes.*

*Conformément aux articles 39 et suivants de la loi N°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en s'adressant au service Enfance Jeunesse de la Communauté de Communes du Val de Vienne, avec copie à [info.contact@cil.cnrs.fr](mailto:info.contact@cil.cnrs.fr).*

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 :