

PIECES A FOURNIR

- DOSSIER DUMENT REMPLI
- Numéro d'allocataire CAF, dans le cas où vous ne disposez pas de numéro d'allocataire venir avec le dernier avis d'imposition
- PHOTOCOPIE DE MUTUELLE
- ATTESTATION SECURITE SOCIALE
- PHOTOCOPIE CARNET DE SANTE
- ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSE

Dossier à déposer au service jeunesse de la mairie afin de régler l'adhésion et valider l'inscription de votre enfant :

PERMANENCE D'INSCRIPTION MAIRIE :

TEL : 04.67.46.64.64

JOURS	MATIN	APRES-MIDI
LUNDI	8h15 à 11h30	13h45 à 17h00
MARDI	8h15 à 11h30	FERME
MERCREDI	8h15 à 11h30	13h45 à 17h00
JEUDI	8h15 à 11h30	13h45 à 17h00
VENDREDI	FERME	FERME

HORAIRES D'OUVERTURE DE L'ESPACE JEUNES

TEL : 04.67.18.03.91

JOURS	APRES-MIDI
LUNDI	FERME
MARDI	16H00 à 19h00
MERCREDI	13H30 à 18h00
JEUDI	16h00 à 19h00
VENDREDI	16h00 à 19h30
SAMEDI	13H30 à 18h00



Service Enfance Jeunesse GIGEAN

ESPACE JEUNES GIGEAN année 2019

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom : Prénom :

Date et lieu de naissance :

Age : Fille garçon

Téléphone du jeune :

Adresse mail du jeune :

Adresse :

Code postal Ville :

Nom de l'école : Classe :

Sports Pratiqués et horaires :

.....

RESPONSABLE LEGAL(E) DE L'ENFANT

Père Mère / Autre

	Père	Mère
Nom		
Prénom		
Date de naissance		
Adresse (si différente)		
Téléphone (fixe)		
Portable		
Email		
Situation matrimoniale		
Profession		
Tél. Professionnel		
N° Sécurité Sociale		
N° Allocataire CAF		
Autres (MSA...)		
Assurance responsabilité civile (extrascolaire)		

Si vous avez coché autre : Nom, Prénom, Adresse :

Tél :

Autorisations parentales

Autorisation médicale

Je soussigné (e) M. Mme. Mlle :
Responsable légal (e) de l'enfant :

Déclare :

Exact les renseignements portés sur la fiche d'inscription ainsi que sur la fiche sanitaire et autorise le personnel de l'Espace Jeunes dont fait partie mon enfant à prendre en cas de maladie ou d'accident, toutes mesures d'urgence, prescrite par le médecin y compris éventuellement, l'hospitalisation ou la prise de traitement médical (en séjour)

Date et signature des parents

Autorisation de sortie

Personnes autorisées à venir chercher mon enfant ou à prévenir en cas d'urgence (La personne qui est chargée de récupérer l'enfant devra présenter sa pièce d'identité à l'agent chargé de l'accueil).

Nom Prénom	Lien de Parenté	Téléphone

J'autorise mon enfant à partir seul : de l'Espace Jeunes oui non

Autorisation activités/transport

J'autorise mon enfant à participer aux activités proposées par l'Espace jeunes, dans l'enceinte de local jeune et sur les différents équipements communaux et à pouvoir être véhiculé par le minibus municipal ou les transports en commun (Bus, tramway et train).

Préciser si des activités sont contre-indiquées :

Droit à l'image

Autorise l'équipe d'animation à prendre des photos de mon enfant ou à le filmer. Ces photos ou documents audio visuels pourront faire l'objet d'une utilisation dans le cadre d'une diffusion de documents de nature pédagogique (journal du centre, presse), ou d'expositions relatives à l'Espace Jeunes.

Autorise la publication de photos de mon enfant sur le site internet de la Mairie.

Date et signature des parents



Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant. Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.

Enfant : fille garçon Date de naissance : _____
 Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse : _____

Accueil :

- Séjour de vacances
- Accueil de loisirs
- Séjour dans une famille

Adresse : _____

Dates du séjour : _____

- Allergies : Médicamenteuses oui non Asthme oui non
 Alimentaires oui non Autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

Enfant bénéficiant d'une notification MDPH : oui non

Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) : oui non

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse pendant le séjour : _____
 Tél. domicile : _____ travail : _____ portable : _____
 Nom et téi. du médecin traitant (facultatif) : _____

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) : _____ Date : _____

A remplir par le directeur du centre à l'attention de la famille

Coordonnées de l'organisateur : _____

Observations : _____

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	Dernier rappel	Vaccins recommandés	EU	EU	Date
Epidémiologie		Hépatite B			
Tétanos		Rubéole			
Poliomyélite		Coqueluche			
ou DT polio		Autres (préciser)			
ou Tétracoq					
B. C. G.					

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Note : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un traitement médical pendant le séjour ? oui non
 Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

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

ESPACE JEUNES GIGEAN

FICHE D'AUTORISATION

Les parents doivent préciser ci-dessous les modalités d'accueil de leur enfant dans le temps réglementaire des heures d'ouverture de l'espace jeunes :

A- ACTIVITES A L'INTERIEUR DU CENTRE : (cocher la case)

- a- J'autorise mon enfant à entrer et sortir librement
- b- Je n'autorise pas mon enfant à entrer et sortir librement jusqu'à la fermeture
De la structure adolescente.
(Sauf autorisation particulière écrite)

B- ACTIVITES A L'EXTERIEUR DU CENTRE SUR LA COMMUNE: (cocher la case)

- A la fin des activités j'autorise mon enfant à quitter seul le lieu d'activité
- Je n'autorise pas mon enfant à quitter seul les activités et cela en aucun cas
Jusqu'à la fermeture de la structure adolescente.
(Sauf autorisation particulière écrite)

C- ACTIVITES A L'EXTERIEUR DE LA COMMUNE:

Si votre enfant participe à une activité extérieure à la commune, il ne pourra en aucun cas quitter cette activité et partir par ses propres moyens, il pourra le faire une fois de retour sur la commune de Gigean.

**DURANT L'ANNEE TOUTE MODIFICATION CONCERNANT LES MODALITES D'ACCUEIL
DU JEUNE NE POURRA ETRE PRISE EN COMPTE QU'APRES DEMANDE ECRITE ET
SIGNEE PAR LES PARENTS.**

Date :

Signature des parents :

**SERVICE ENFANCE JEUNESSE
GIGEAN**

Attestation :

Je
soussigné(e).....

Responsable de l'enfant déclare qu'il
est à jour de ses vaccinations.

A..... le.....

Signature,