

FICHE ANNUELLE D'INSCRIPTION
aux Ateliers de la Fontaine
2022/2023
NOM/Prénom

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

La famille

Téléphone domicile : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

*Renseignez votre adresse e-mail si vous souhaitez recevoir le programme d'activités,
et pouvoir faire les inscriptions aux activités en ligne.*

e-mail : _____@_____

Numéro allocataire CAF/MSA : _____

Représentant légal 1

Nom/Prénom : _____

Adresse : _____

Lien : Mère Père Autre : _____

N° portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Représentant légal 2

Nom/Prénom : _____

Adresse : _____

Lien : Mère Père Autre : _____

N° portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Autre personne à contacter en cas d'incident

Nom/ Prénom : _____ Téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Lien avec le jeune : _____

L'inscription annuelle (15 €) est composée de :

- l'adhésion aux Ateliers de la Fontaine, association organisatrice et responsable de l'Accueil de Loisirs (10 €)
- la carte Pôle Jeunesse (5 €)

Les 15 € doivent être réglés à l'ordre des Ateliers de la Fontaine.

Cadre à remplir par les animateurs

Inscription annuelle réglée le ____ / ____ / 20__ par _____

Carte Pôle Jeunesse n° _____ remise le ____ / ____ / 20__

Renouvellement Première inscription

Le jeune

Nom : _____

Prénom : _____

Préférence de Nom/Prénom (si différent) : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Sexe : F M

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Établissement scolaire : _____

Classe : _____

Numéro de portable du jeune (facultatif) : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

SERVICES UTILISÉS

Je soussigné·e, _____, responsable légal·e, autorise
_____ à participer à :

L'Accueil de Loisirs Adolescents (sorties, activités, séjours et stages pour les 11/17 ans) les mercredis de 14 h à 18 h, les samedis de 14 h à 18 h, vendredis soir, vacances, au Pôle Jeunesse ou à l'extérieur.

L'Accueil de Jeunes (temps d'accueil libre et de montage de projets pour les 14/17 ans) du mardi au vendredi de 12 h à 14 h et les mardis, jeudis, vendredis de 16 h à 18 h 30 au Pôle Jeunesse.

AUTORISATIONS

J'autorise l'utilisation de l'image de mon enfant dans le cadre de la promotion des activités : outils de communication, site internet, articles de presse, réseaux sociaux... **OUI** **NON**

Dans le cadre de l'Accueil de Loisirs, j'autorise mon enfant à partir seul en dégageant de toutes responsabilités les Ateliers de la Fontaine dès sa sortie. **OUI** **NON**

Dans le cadre de l'Accueil de Loisirs, j'autorise mon enfant à participer aux sorties organisées par les Ateliers de la Fontaine (y compris le transport en mini bus, bus). **OUI** **NON**

L'Accueil de Loisirs Adolescents et **l'Accueil de Jeunes** sont organisés et déclarés par l'association « Les Ateliers de la Fontaine », et sous la responsabilité de celle-ci. Ces deux Accueils Collectifs de Mineurs à Caractère Éducatif sont agréés par la DSDEN de l'Aveyron.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur ci-joint (document à conserver) et m'engage à le respecter.

Les informations personnelles communiquées sont traitées dans le cadre du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), ne sont pas partagées à des tiers, et seront détruites sous un délai de 3 ans.

Fait à Villefranche-de-Rouergue, le ____ / ____ / ____

Signature :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre la copie du carnet de vaccination

Nom : _____

Prénom : _____

Date de Naissance : ____ / ____ / ____

Sexe : F M

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20/02/2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs)

1. Vaccinations Joindre une photocopie du carnet de santé

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Date des derniers rappels
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
OU DT Polio				BCG	
OU Tetracoq				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTREINDICATION.

2. Renseignements médicaux

Poids : _____ Taille : _____

Le jeune suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de Le jeune avec la notice). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

Le/la jeune présente-t-il/elle de l'asthme ? OUI NON

Le/la jeune a-t-il/elle une/des allergies ?

Alimentaire OUI NON

Médicamenteuse OUI NON

Autres (animaux, plantes, pollen) OUI NON

Précisez _____

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**.*

Le/la jeune a-t-il/elle un problème de santé ?

OUI NON

si oui préciser

Le/la jeune a-t'il/elle des antécédents médicaux (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation)

OUI NON

si oui préciser

3. Recommandations utiles des parents

Port de lunettes, lentilles, appareils dentaires, appareils auditifs, problème de sommeil, énurésie nocturne,,,

Le jeune a-t-il un régime alimentaire particulier ?

OUI NON

si oui préciser

4. Autres renseignements médicaux

Médecin traitant

Nom : _____

Téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Numéro de sécurité sociale : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Je, soussigné·e _____, responsable légal·e du jeune, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'Accueil Collectif de Mineurs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé du jeune.

Fait à Villefranche-de-Rouergue, le ____ / ____ / _____

Signature :