

FICHE ANNUELLE D'INSCRIPTION aux Ateliers de la Fontaine 2023/2024 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



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

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)

Nom : _____

Prénom : _____

Date de Naissance : ____ / ____ / ____

Sexe : F M

Poids : _____ Taille : _____

N° Sécurité social ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Médecin traitant : _____ Téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

1. Antécédents médicaux

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

si oui préciser

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

si oui préciser

2. Traitement médical

Le jeune suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si oui, joindre OBLIGATOIREMENT 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.**

Précisez _____

3. 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 CONTRE-INDICATION.

4. Asthme et allergies

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

Précisez _____

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

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**.**

5. Recommandations 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

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 :

Le.La jeune

Nom : _____

Prénom : _____

Préférence de Nom/Prénom (si différent) : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Sexe : F M

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

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

SERVICES UTILISÉS

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

L'Accueil de Loisirs Adolescents (accueil libre, 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, soirées, vacances, au Pôle Jeunesse ou à l'extérieur. Dans le cadre de cet l'accueil, toute sortie est définitive.

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 à la fin de l'activité 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 :