



Fiche de préinscription et sanitaire de liaison à l'ESCALE JEUNES



Nom du jeune : Prénom :
 Né(e) le :/...../..... Lieu de naissance..... Sexe : F M
 Mail du jeune :

RESPONSABLE(S) ET SITUATION FAMILIALE

Représentant légal 1 : NOM : PRENOM :
 ADRESSE : COMMUNE
 TEL DOM : TEL PORT :
 TEL TRAVAIL : E-MAIL :

Représentant légal 2: NOM : PRENOM :
 ADRESSE : COMMUNE.....
 TEL DOM : TEL PORT :
 TEL TRAVAIL : E-MAIL :

Mariés Divorcés Séparés Pacsés Vie maritale Célibataire Veuf

NOM ET ADRESSE DE FACTURATION :

SANTÉ

Repas spécifique sans porc : OUI NON

Votre enfant fait-il l'objet d'un PAI alimentaire? : OUI (Joindre une copie) NON

Votre enfant a-t-il des besoins spécifiques ? : OUI NON

Vaccination : Tétanos OUI NON (Se référer au carnet de santé de l'enfant et fournir une copie)

Traitement en cours : L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI* NON

(*Si oui, joindre l'ordonnance en cours et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, au nom de l'enfant avec la notice, aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance).

Allergies : Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

Médicamenteuses	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Alimentaires	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Asthme	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Autre	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

Nom du médecin traitant : Tél :

Précautions à prendre (lunettes, appareils dentaires, appareils auditifs...):

Personnes (autre que les parents) autorisées à venir chercher le jeune

Nom, prénom, lien avec le jeune	Numéro de téléphone

J'autorise mon enfant à partir seul de l'Escale Jeunes dès la fin de l'activité

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

No de police d'assurance responsabilité civile et dommages :

Adresse de l'assurance :

Le jeune dispose t-il de la carte OURA' : **OUI** **NON**

DROIT A L'IMAGE

Dans le cadre des activités de l'escale jeunes, autorisez-vous à photographier votre enfant et à utiliser ces clichés pour des expositions ou pour diffusion dans des publications locales (Dauphiné Libéré, Journal municipal, site internet de la mairie).

OUI **NON**

DOCUMENTS INDISPENSABLES A JOINDRE

- Attestation quotient CAF (*sans justificatif, le plein tarif sera appliqué*)
- Justificatif de domicile (moins de 3 mois)
- Copie de la page des vaccinations du carnet de santé de l'enfant
- Certificat médical (pratique d'activités sportives diverses)

DECLARATION DU RESPONSABLE DU JEUNE

Je soussigné(e) responsable légal du jeune :

- Déclare avoir pris connaissance du **règlement intérieur** et m'engage à en respecter les dispositions,
- Autorise mon enfant à participer aux **activités** de l'Escale Jeunes,
- Autorise mon enfant à utiliser **les transports** de l'Escale Jeunes (mini bus, transports en commun, train...),
- M'engage à régler le montant de **l'adhésion de 10€** par an,
- M'engage à régler le montant de ma participation dans les **15 jours** suivant la réception de la facture,
- Déclare **exacts** les renseignements portés sur cette fiche et autorise le directeur de l'Escale Jeunes à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation),
- Je prends acte que l'Escale Jeunes n'est pas responsable en cas de **perte ou de vol**,
- J'ai bien noté que **les trajets** allers et retours à l'Escale Jeunes restent sous la responsabilité des parents,
- J'ai bien noté que **les absences et défections ne seront remboursées que sur présentation d'un certificat médical, produit au service jeunesse et sport dans les 48 heures et si l'absence a été signalée dans les délais.**

A, le/...../.....

Signature des parents