

INSCRIPTION 2023/2024 CLUB JEUNES MUNICIPAL



CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

ADHESION
 CAF MSA
 GARÇON FILLE
 11/13ans 14/17ans

Photo	NOM :	
	PRÉNOM :	
	DATE DE NAISSANCE :	
	ETABLISSEMENT SCOLAIRE :	CLASSE :
	ADRESSE :	
	NUMERO DE TELEPHONE DU JEUNE :	

RESPONSABLE 1- Lien : _____		RESPONSABLE 2- Lien : _____	
NOM		NOM	
Prénom		Prénom	
Téléphone		Téléphone	
Mail		Mail	

AUTORISATION PARENTALE	PIECES OBLIGATOIRES
<p>J'autorise l'exploitation, la reproduction et la diffusion des photos et vidéos de mon enfant : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>J'autorise mon enfant à être transporté dans le cadre des activités (minibus, transport en commun...) : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>J'autorise mon enfant à rentrer seul(e) : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Si NON, personnes autorisées à venir le chercher et leurs coordonnées téléphoniques :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Je m'engage à fournir au Club Jeunes, les documents suivants :</p> <p>Attestation assurance (extrascolaire) <input type="checkbox"/></p> <p>Attestation CAF ou MSA (QF familiale) <input type="checkbox"/></p> <p>Carnet de vaccination <input type="checkbox"/></p> <p>Attestation de droit (sécurité sociale) <input type="checkbox"/></p> <p>Attestation d'aisance aquatique <input type="checkbox"/></p> <p>Adhésion annuelle 10€ <input type="checkbox"/></p>

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur du club ados et m'engage à le respecter.

Date : _____ **Signature parent :** _____ **Signature du jeune :** _____

FICHE SANITAIRE

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Numéro de sécurité sociale auquel est rattaché l'enfant :

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondant. AUCUN MEDICAMENT NE SERA DONNE SANS ORDONNANCE.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	VARICELLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ANGINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OTITE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OREILLONS Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSES OUI NON
ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES.....

PRECISEZ L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR EN CAS D'ALLERGIE :

.....
.....
.....

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....
.....

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ

.....
.....
.....

VOTRE ENFANT EST IL PORTEUR DE HANDICAP ? OUI NON

.....
.....
.....

VOTRE ENFANT A-T-IL UN SUIVI SOCIO-EDUCATIF ?

PRE SESSAD ITEP ADVSEA PJJ ASE AUTRE :

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

Date : **Signature parent :**

Ces données personnelles sont récoltées et traitées par la Mairie de Cavillon en application du Règlement général de protection des données à caractère personnel (RGPD) n°UE2016/679 en date du 27 avril 2016, sur le fondement de l'article 6. Vous pouvez modifier ou demander à effacer ces données au responsable du traitement, par mail : juridique@ville-cavillon.fr