

DOSSIER D'INSCRIPTION 2024/2025

CLUB JEUNES MUNICIPAL (11-17ans)



CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

ADHESION ☐

CAF ☐ MSA ☐

GARÇON ☐ FILLE ☐

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

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

Date :

Signature parent :

Signature du jeune :

Club Jeunes Municipal
445 Avenue Raoul Follereau 84300 CAVAILLON
06 07 30 25 62 - clubjeunes@ville-cavaillon.fr

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 ☐ Non ☐	VARICELLE Oui ☐ Non ☐	ANGINE Oui ☐ Non ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ Oui ☐ Non ☐	SCARLATINE Oui ☐ Non ☐
COQUELUCHE Oui ☐ Non ☐	OTITE Oui ☐ Non ☐	ROUGEOLE Oui ☐ Non ☐	OREILLONS Oui ☐ Non ☐	

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 ☐

PRÉCISEZ :

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

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

PRE ☐ SESSAD ☐ ITEP ☐ ADVSEA ☐ PJJ ☐ ASE ☐ AUTRE :

Y a-t-il une autre information que vous souhaiteriez nous communiquer afin de nous permettre d'accueillir votre(vos) enfant(s) dans les meilleures conditions ?

.....
.....

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 Cavaillon 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-cavaillon.fr

Club Jeunes Municipal
445 Avenue Raoul Follereau 84300 CAVAILLON
06 07 30 25 62 - clubjeunes@ville-cavaillon.fr