

DOSSIER INSCRIPTION 2020/2021

(Accueil Jeunes 11/17 ans)

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Merci de vous munir obligatoirement :

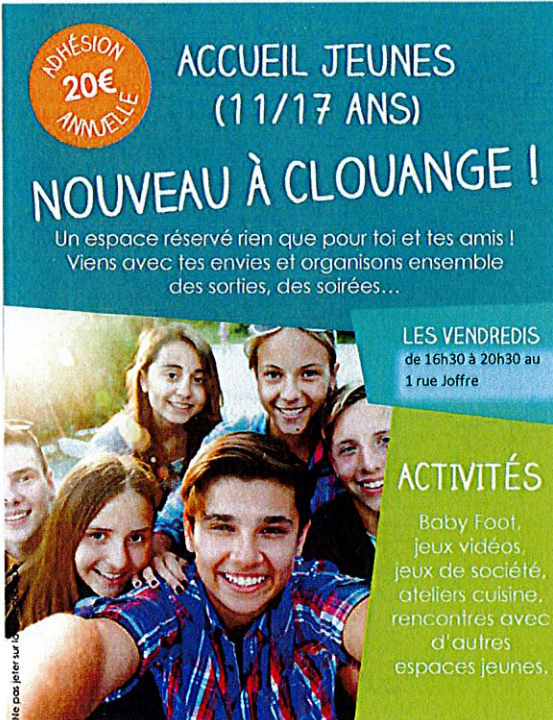
- Du dossier d'inscription préalablement rempli.
- Le règlement intérieur signé.
- Des photocopies du carnet des vaccinations, à jour, de votre enfant (DT POLIO Obligatoire)
- De votre attestation d'assurance scolaire et extrascolaire pour l'année 2020/2021.
- De votre dernier avis d'imposition ou non-imposition (impôts 2020 sur les revenus de 2019).
- De la fiche sanitaire de liaison complétée, datée et signée.
- De votre numéro d'allocataire CAF



L'accès à l'accueil jeunes est réservé aux adhérents, le dossier doit être complet.

En cas de difficulté pour remplir ce dossier, prière de demander conseil au responsable de la structure au 03.87.67.64.03. et le déposer à :

- L'îlot Z'Enfants 16 rue Maréchal Joffre 57185 Clouange
- L'îlot Z'Ados 1 rue Joffre 57185 Clouange (Ouvert tous les vendredis soir en période scolaire de 16h30 à 20h30)



ADHÉSION 20€ ANNUELLE

ACCUEIL JEUNES (11/17 ANS)

NOUVEAU À CLOUANGE !

Un espace réservé rien que pour toi et tes amis !
Viens avec tes envies et organisons ensemble des sorties, des soirées...

LES VENDREDIS
de 16h30 à 20h30 au
1 rue Joffre

ACTIVITÉS

Baby Foot,
jeux vidéos,
jeux de société,
ateliers cuisine,
rencontres avec
d'autres
espaces jeunes.

Ne pas jeter sur

Dossier d'inscription téléchargeable sur le site de la Mairie de Clouange
Renseignements auprès de Sylvie au : 07.71.60.87.96





Fiche individuelle de renseignements 2020/2021



ACCUEIL JEUNES (11 ans scolarisé au Collège à 17 ans)

Nom, prénom de l'enfant

Né(e) le : Sexe : M F Régime alimentaire :

Ecole : Classe :

L'enfant sait il nager ? Oui Non Piscine autorisée : Oui Non

Maquillage autorisé ? Oui Non

Allergie(s) ? Oui Non Si oui, bien renseigner la fiche sanitaire de liaison « allergie(s) »

Médecin traitant Nom..... Téléphone.....

Adresse :

Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance scolaire et extrascolaire :

Nom de la compagnie : Téléphone : N° Contrat :

PARENTS DE L'ENFANT. **Mail obligatoire** :

	Mère	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>	Père	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>
Nom				
Prénom				
Adresse du domicile				
Tél portable				

Famille : Parentale Monoparentale Recomposée Accueil

Personne à joindre en cas d'urgence (nom + téléphone) :

N° Allocataire CAF : Régime d'appartenance : Régime agricole (MSA)

Centre CAF de : Autre régime Régime local Régime général

NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS

	Mère	Père
Nom employeur		
Adresse employeur		
Tél travail		

J'autorise mon enfant à rentrer seul à la fin des activités : OUI NON

Si non, nom des personnes susceptibles de venir chercher mon enfant (autres que les parents)

Nom/Prénom	Lien de parenté	N° Téléphone	Commune

En cas d'accident ou incident, j'autorise les responsables de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant.

Pendant les activités, j'autorise le personnel de l'association à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives. OUI NON

J'autorise la structure à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse et journaux locaux, affiches etc...) OUI NON

J'accepte le règlement intérieur et m'engage à régler ma cotisation de 20€ ainsi qu'une participation lors de sorties ou soirées.

Date et signature :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____
PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE EVITE DE VOUS DEMANDER DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B Rubéole Oreillons Rougeole	
Tétanos				Coqueluche	
Poliomyélite				Autres (préciser)	
Ou DT bollo					
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTITÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marqués ou nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :
LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.)

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

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?
NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?
NON OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____
ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Nombres de téléphone : _____
Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____
Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____
Je soussigné(e) _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.
N° de sécurité sociale : _____

Date : _____ Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS