



# Espace Jeunes « La petite Gare »

## DOSSIER D'INSCRIPTION

### 2018/2019

**Dossier à retourner ou à déposer à l'Espace Jeunes**

Rue du petit Train 29120 Pont-l'Abbé  
☎ 09 79 73 85 00 06 60 51 10 86 ✉ lapetitegare@ville-pontlabbe.fr

**Ouvert hors vacances scolaires** : les Mercredis et Samedis de 13h30 à 18h30  
**Ouvert pendant les vacances scolaires** : du Lundi au Vendredi de 13h30 à 18h30

**L'inscription ne sera effective qu'à réception du dossier complet**

#### Pièces à joindre :

- Photocopie du dernier avis d'imposition
- Justificatif de responsabilité civile
- Chèque de cotisation annuelle de 10€ à l'ordre du Trésor public
- Certificat médical de non contre-indication aux pratiques sportives
- Photocopie des vaccinations
- Certificat médical si allergie ou régime alimentaire
- Protocole établi par le médecin en cas de médicaments à administrer au jeune (même de manière occasionnelle)

#### RESPONSABLE LEGAL 1 (Allocataire) (Mère ou Père uniquement)

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille (le cas échéant) : .....

Autorité parentale oui  / non

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Tel Domicile : ..... Tel Travail : .....

Portable : ..... @email : .....

Régime de Sécurité Sociale (Général, MSA, Maritime, MGEN, SNCF) : .....

Organisme d'Allocations familiales (CAF Sud Finistère, CAF autre département, Autre régime) : .....

**N°allocataire** : .....

#### RESPONSABLE LEGAL 2 (Mère ou Père uniquement)

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille (le cas échéant) : .....

Autorité parentale oui  / non

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Tel Domicile : ..... Tel Travail : .....

Portable : ..... @email : .....

Régime de Sécurité Sociale (Général, MSA, Maritime, MGEN, SNCF) : .....

Organisme d'allocation familial (CAF Sud Finistère, CAF autre département, Autre régime) : .....

**N°allocataire** : .....

**AUTRE RESPONSABLE LEGAL (Tuteur, Personne physique ou morale)**

Organisme : ..... Personne référente : .....  
 Fonction : ..... Lien avec l'enfant : .....  
 Autorité parentale : oui  / non

Adresse : .....  
 Code postal : ..... Commune : .....  
 Tel Domicile : ..... Tel Travail : .....  
 Portable : ..... @email : .....

**PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE**

- **Responsable légal 1 :**  A appeler en cas d'urgence
- **Responsable légal 2 :**  A appeler en cas d'urgence
- **Autre Responsable légal :**  A appeler en cas d'urgence

- **Autre personne :**  A appeler en cas d'urgence  
 Nom : ..... Prénom : .....  
 Lien avec l'enfant : .....  
 Tel Domicile : ..... Tel Travail : .....  
 Portable : .....

- **Autre personne :**  A appeler en cas d'urgence  
 Nom : ..... Prénom : .....  
 Lien avec l'enfant : .....  
 Tel Domicile : ..... Tel Travail : .....  
 Portable : .....

- **Autre personne :**  A appeler en cas d'urgence  
 Nom : ..... Prénom : .....  
 Lien avec l'enfant : .....  
 Tel Domicile : ..... Tel Travail : .....  
 Portable : .....

**JEUNE(S) :**

**1/**

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : M  F

Date et lieu de naissance : ..... Dépt : .....

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ?.....

Suit-il un traitement médical ?.....

Souffre-t-il d'une allergie ? .....

Suit-il un régime alimentaire ?.....

*(Nous joindre l'ordonnance en cas de réponse à ces questions)*

**L'enfant a-t il 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"/>
Asthme	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"/>
Rougeole	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Otite	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Oreillons	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Rhumatisme	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>						

Informations que vous souhaitez nous communiquer :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**2 /**

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : M  F

Date et lieu de naissance : ..... Dépt : .....

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ?.....

Suit-il un traitement médical ?.....

Souffre-t-il d'une allergie ? .....

Suit-il un régime alimentaire ?.....

*(Nous joindre l'ordonnance en cas de réponse à ces questions)*

**L'enfant a-t il 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"/>
Asthme	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"/>
Rougeole	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Otite	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Oreillons	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Rhumatisme	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>						

Informations que vous souhaitez nous communiquer :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



## AUTORISATIONS

Je soussigné(e) (*responsable 1*) .....

Je soussigné(e) (*responsable 2*) .....

Je soussigné(e) (*autre responsable légal*) .....

Représentant légal des jeunes inscrits ci-dessus

Atteste avoir pris connaissance du règlement de l'Espace Jeunes et m'engage à respecter les termes de ce document.

Atteste avoir été informé, via ce règlement, de l'article L227-5 du Code de l'action sociale et des familles qui précise l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes qui couvre les dommages corporels auxquels le(s) mineurs désigné(s) dans ce dossier, est/sont exposé(s) lors des activités auxquelles il(s) participe(nt).

Autorise mon enfant à participer à toute les sorties et animations organisées par l'équipe d'animation de l'Espace Jeunes « La petite gare ».

En cas de nécessité, j'autorise les organisateurs et l'équipe de direction à prendre toutes les mesures (soins, traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de mon fils/ma fille ..... et m'engage à signaler à l'équipe toute modification des renseignements portés sur le dossier d'inscription, ainsi que toute information la/le concernant (problèmes de santé, ...).

*(cf article 2 du règlement de l'espace jeunes : « Il est impératif que les parents soient vigilants sur l'exactitude des renseignements fournis sur le dossier d'inscription, car ils permettent à l'équipe d'animation de déterminer la bonne démarche à suivre en cas d'urgence. »)*

Je m'engage à rembourser, à la structure, les honoraires médicaux et frais pharmaceutiques avancés en raison des soins engagés.

**Important :** Il appartient aux parents de s'informer du type d'activités proposées et de juger si elles sont compatibles avec l'état de santé de leurs enfants.

## DROIT A L'IMAGE

Cf documents annexes « Les mentions légales relatives à la protection des données personnelles » et « Autorisation d'utilisation de photographies et de vidéos réalisées dans le cadre des activités scolaires, périscolaires et extrascolaires ».

## ENGAGEMENT DES REPRESENTANTS LEGAUX

Nous déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et nous nous engageons à signaler tous changements modifiant les indications mentionnées.

Fait à ..... le .....

Signatures des représentants légaux

-----  
*Conformément à la loi informatique et libertés N°78-17 du 6 janvier 1978, vous disposerez d'un droit d'accès et de rectification à l'égard des informations nominatives recueillies, auprès de la mairie ou du Service Enfance Jeunesse.*