

RENSEIGNEMENT CONCERNANT LE JEUNE :

Nom : Prénom :

Sexe : F M Date de Naissance : __ / __ / ____ Lieu de Naissance :

Adresse de résidence du jeune :

Etablissement scolaire :Classe :

Numéro de portable :

Adresse mail :

Assurance extra-scolaire :

Compagnie d'assurance :Numéro de contrat :

REPRESENTANTS LEGAUX :

Représentant 1 :

Père / Mère (préciser) :

Autorité parentale : OUI / NON

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance : __ / __ / ____ à

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

E-mail famille :

Profession :

Employeur :

N°CAF/MSA :

Représentant 2 :

Père / Mère (préciser) :

Autorité parentale : OUI / NON

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance : __ / __ / ____ à

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

E-mail famille :

Profession :

Employeur :

N°CAF/MSA :

FACTURATION :

L'adhésion à l'espace ado se fait de septembre à septembre pour une année scolaire, le tarif est de 20€ pour une inscription en septembre et de 10€ à partir de février.

Le paiement peut se faire en espèce, ou par chèque à l'ordre du trésor public.

RENSEIGNEMENTS GENERAUX : (entouré le choix)

- Sorties : En inscrivant votre enfant aux activités de l'espace ado, vous l'autorisez à participer aux sorties organisées dans le cadre des programmes établis par l'équipe d'animation.

OUI

NON

- Départ des accueils de loisir en autonomie :

En entourant OUI, j'autorise mon enfant à quitter seul l'accueil de loisir ou les activités s'il le désire. Il ne sera plus sous la responsabilité des animateurs du Pôle jeunesse.

OUI

NON

-Droit à l'image : En entourant oui j'autorise le personnel de Mont de Marsan agglomération à photographier, filmer mon enfant mineur et utiliser les images sur les supports de communication de la collectivité (journal, plaquette d'information, site internet, réseaux sociaux).

Le bénéficiaire de l'autorisation s'engage à exploiter les images conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au droit du nom.

OUI

NON

CONTACTS :

Personnes majeures autorisées à récupérer l'enfant aux activités extrascolaire, hors représentants légaux
Le personnel des accueils pourra demander aux personnes autorisées de justifier de leur identité.

Nom, Prénom :

Qualité (grands-parents, ami, ...) :

Téléphone :

Prévenir en cas d'urgence : OUI NON

Nom, Prénom :

Qualité (grands-parents, ami, ...) :

Téléphone :

Prévenir en cas d'urgence : OUI NON

Nom, Prénom :

Qualité (grands-parents, ami, ...) :

Téléphone :

Prévenir en cas d'urgence : OUI NON

Nom, Prénom :

Qualité (grands-parents, ami, ...) :

Téléphone :

Prévenir en cas d'urgence : OUI NON

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

Allergies – si OUI, préciser la cause :

.....
.....

Projet d'accueil individualisé (Asthme, allergies fortes, handicap) :

.....
.....

Information complémentaires (port de lunettes, diabolos, prothèses, etc.) :

.....
.....

Nom du médecin traitant :

.....
.....

Autorisation d'hospitalisation :

Je (nous) soussigné(e)(ons),

Représentant 1 :

Représentant 2 :

Responsable-s légal-aux de l'enfant,

- ⊕ autorise(ons) le responsables de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendu nécessaire par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescription d'un médecin et/ou d'un service d'urgence.
- ⊕ Certifie(ons) avoir reçu et accepté sans réserve les informations délivrées, ainsi que les dispositions du règlement intérieur des activités extra-scolaires et atteste de l'exactitude des éléments figurant dans le présent dossier.

Fait à Le __ / __ / ____

Signature

représentant 1

représentant 2

.....

.....