INSCRIPTION ESPACE PROJETS JEUNES 2026-2027

RESPONSABLE LEGAL (en majuscule)

☐Mère ☐Père ☐Autre : _____

Nom : …… **Prénom :** ……

Adresse : ……

Code postal : …… **Commune :** ……

Situation professionnelle : ☐Salarié non cadre - ☐Salarié cadre - ☐Indépendant - ☐Etudiant - ☐Retraité - ☐Sans emploi - ☐Autre

Téléphone domicile : **Téléphone Portable :**

Adresse Mail (important): **Nationalité :** ……

Situation Familiale :

☐En couple Avec enfant(s) ☐ Nombre___ Sans enfant ☐

☐Seul(e) Avec enfant(s) ☐ Nombre___ Sans enfant ☐

AUTRE RESPONSABLE LEGAL

☐Mère ☐Père ☐Autre : _____

Nom : …… **Prénom :** ……

Adresse : ……

Code postal : …… **Commune :** ……

Situation professionnelle : ☐Salarié non cadre - ☐Salarié cadre - ☐Indépendant - ☐Etudiant - ☐Retraité - ☐Sans emploi - ☐Autre

Téléphone domicile : **Téléphone Portable :**

Adresse Mail (important):

AUTRES PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER LE JEUNE A LA SORTIE DE L'ACCUEIL

NOM/PRENOM : …… Téléphone : …… **Lien parenté :** ……

NOM/PRENOM : …… Téléphone : …… **Lien parenté :** ……

NOM/PRENOM : …… Téléphone : ……**Lien parenté :** ……

ALLOCATION

Régime général (CPAM) ❑ Agricole (MSA) ❑ Indépendant ❑ Autre ❑

Allocataire CAF : Oui ☐

Non ☐ Numéro d'allocataire_____

ADHESION

Prix de l'adhésion : 15€

+ 2€ par enfant, gratuit à partir du 4e enfant.

Condition(s) me permettant de bénéficier d'une adhésion à prix réduit au Centre Social (10€) :

❑ Revenu de Solidarité Active (RSA)

❑ Allocation Adulte Handicapé (AAH)

❑ Avoir moins de 25 ans

❑ Avoir un revenu mensuel inférieur à 600€

Total paiement : _____€

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé pour des statistiques, nos rapports d'activité et nos documents internes. Les données collectées seront communiquées de manière anonyme et globale à nos partenaires et financeurs suivants : CAF, CPAM, MSA, CARSAT, GIP-DSU, ARS, Conseils Départemental et Régional, FIPH… Les données sont conservées pendant cinq ans. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter le Centre social. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNI

RENSEIGNEMENTS DU JEUNE (remplir une fiche par jeune en majuscule) :

Nom : …… **Prénom :** ……

Adresse : ……

Passions : …… Sports : ……..

Né(e) le :_____/____/_____ Sexe : M ☐ F ☐ Téléphone du jeune : ……..

Autre ☐

Classe actuelle:…… Etablissement scolaire :……

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Régime alimentaire : NON ☐ OUI ☐ lequel :

……

Allergies : NON ☐ OUI ☐ lesquelles :

……..

Précisez la conduite à tenir en cas d'allergie :

……..

Traitement médical : NON ☐ OUI ☐. Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

PAI : NON ☐ OUI ☐ (Projet d'Accueil Individualisé) ……..

Vaccination:	*Obligatoire*							
Vaccins	DT Polio	BCG	ROR	HEPATITE B				
Dates								
Maladies :	Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons
Oui : ☑	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

NOM DU MEDECIN TRAITANT : ……. ☎ ……..

Lieu d'hospitalisation souhaité en cas d'urgence : ……..

ENGAGEMENT ET AUTORISATIONS

	OUI	NON
J'autorise le personnel à photographier ou filmer mon enfant, dans la mesure où les films et images ne seront utilisés à aucun autre usage qu'un usage éducatif ou inhérent à la vie de l'établissement (affichage dans les structures, plaquette de communication, journaux, newsletter, publication sur le site et les réseaux de la collectivité, stockage des supports sans limitation de temps, …)	☐	☐
J'autorise l'équipe de direction à prendre les mesures d'urgences en cas d'accident impliquant mon enfant (SAMU, pompiers, hospitalisation, anesthésie).	☐	☐
J'autorise mon enfant à participer aux animations en journée, en soirée, aux temps collectifs du centre social, au CLAS et à toutes les manifestations proposées par l'équipe d'animation.	☐	☐
J'autorise mon enfant à participer aux activités et le personnel à transporter ou faire transporter mon enfant dans les véhicules assurés par l'association dans le cadre de déplacements de groupes (sorties, trajets courts en cas de pluie, …).	☐	☐

DOCUMENTS A FOURNIR (OBLIGATOIRES)

Photocopie du carnet de vaccination	
Attestation d'assurance responsabilité civile et extra-scolaire de l'année en cours	
PAI (Projet d'Accueil Individualisé) si concerné	
Adhésion annuelle à l'ordre de l'Association des Usagers de la Pépinière de **: Adhésion parent** + 2€ par jeune de la famille	

Je soussigné(e).... certifie exacts les renseignements portés dans ce dossier et m'engage à signaler tous changements.

Le_____/_____/ 20….

Signature du (ou des) responsable (s) légal (aux) du jeune :