# SECTEUR JEUNES 10/17 ans - A.L.S.H. & C.L.A.S

## DOSSIER D'INSCRIPTION 2022/2023 - Ouvert le .....

**NOM** : ..... **Prénom** : .....

## Pièces à fournir :

□ Règlement de 10 € de l'adhésion annuelle à La Séquanaise (valable du 01/09/2022 au 31/08/2023)
□ Fiche d'inscription remplie, datée et signée
□ Fiche d'autorisations remplie, datée et signée
□ Fiche sanitaire remplie, datée et signée
□ Photocopie du carnet vaccination certifiant que le **Vaccin DT Polio est à jour** avec tampon du médecin
□ N° allocataire CAF **ou** copie des avis d'imposition 2021 et 2022
(Sans ces informations pour l'ALSH, nous facturerons au plafond soit 17.92 € à la journée ce qui correspond à 67200 € de déclaration annuelle)

**L'Inscription au Secteur Jeunes de La Séquanaise ne sera validée que lorsque le dossier sera complet avec toutes les pièces demandées ci-dessus. Sans ce dossier complet vous ne pourrez inscrire votre enfant aux activités du Secteur Jeunes**

**Les informations portées sur ces formulaires sont obligatoires. Elles font l'objet d'un traitement informatisé destiné à l'inscription de votre enfant. Les destinataires des données sont : La Séquanaise.** *(Loi du 25 mai 2018)*

---

(Partie réservée à La Séquanaise)

☐ **Dossier complet à saisir Noé**

☐ **Saisi Noé**

# Secteur Jeunes de La Séquanaise. A.L.S.H et CLAS
# Fiche D'inscription 2022/2023

## L'Enfant

NOM :
Prénom :
Date de naissance :
Sexe : o Masculin o Féminin
Nationalité :
Ets Scolaire :
Classe :
Responsabilité civile : o oui o non
Nom de la compagnie :
Adresse Instagram :
Adresse Snapchat :

## Les responsables légaux

**1.** ☐ Mère ☐ Père ☐ Tuteur
NOM :
Prénom :
Adresse
Code postal :
Ville
Téléphone fixe :
Téléphone portable :
Employeur :
Téléphone travail :

2. ☐ Mère ☐ Père ☐ Tuteur
NOM :
Prénom :
Adresse
Code postal :
Ville
Téléphone fixe :
Téléphone portable :
Employeur :
Téléphone travail :

## Situation Familiale entre les responsables légaux

☐ Marié (e) ☐ Pacsé (e) ☐ Vie Maritale ☐ Divorcé ☐ Séparé € ☐ Veuf (ve)

## Autre personne ayant un lien avec l'enfant

☐ Beau-père ☐ Belle-mère ☐ Tuteur ☐ Educateur ☐ Famille d'accueil ☐ Autre (précisez) :
o Madame o Monsieur
NOM :
Prénom :
Adresse
Code postal :
Ville
Téléphone fixe :
Téléphone portable :
Profession :
Téléphone travail :

## Adresse Mail

@

## Renseignement allocataire

Allocataire : ☐ Monsieur ☐ Madame Régime : ☐ CAF ☐ MSA ☐ Autres N° Allocataire

## Autres personnes autorisées à récupérer l'enfant

| NOM | PRENOM | TELEPHONE | Lien de Parenté |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

Je (Nous) soussigné (ons) .....responsable (s) légal (aux) de l'adhérent certifie (ions) sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurants sur cette fiche.

**Le** **Signature**

# Secteur Jeunes de La Séquanaise
# Fiche d'autorisation 2022/2022

Je (Nous) soussigné (ons) .....responsable (s) légal (aux) de l''enfant : .....

| | |
|---|---|
| ☐ **Autorise**<br>☐ **N'autorise pas** | Mon enfant à participer à toutes les activités du Secteur Jeunes |

| | |
|---|---|
| ☐ **Autorise**<br>☐ **N'autorise pas** | Mon enfant à rentrer seul après les activités du Secteur jeunes |

☐ J'ai bien pris note que mon enfant est sous la responsabilité de la structure **uniquement** sur les heures de présence et sur les heures d'ouverture du Secteur Jeunes

| | |
|---|---|
| ☐ **Autorise**<br>☐ **N'autorise pas** | Le personnel à transporter ou faire transporter mon enfant dans des véhicules des transports collectifs. |

| | |
|---|---|
| ☐ **Autorise**<br>☐ **N'autorise pas** | Le personnel à administrer à mon enfant des éventuels traitements prescrits par notre médecin, sur présentation de l'ordonnance. |

| | |
|---|---|
| ☐ **Autorise**<br>☐ **N'autorise pas** | Le responsable du Secteur Jeunes à accéder aux informations de CAFPRO |

| | |
|---|---|
| ☐ **Autorise**<br>☐ **N'autorise pas** | La structure à utiliser dans le cadre pédagogique (publications, site Internet…) des photos et des vidéos de mon enfant prises au cours d'activités. |

☐ J'autorise Le Secteur Jeunes à m'envoyer des informations mails à :

@

☐ J'autorise Le Secteur Jeunes à m'envoyer des informations par SMS au :

☐ J'atteste sur l'honneur que mon enfant **sait nager en eau profonde.**

☐ J'atteste sur l'honneur que mon enfant **ne sait pas nager en eau profonde.**

**Fait à .....le .....** **SIGNATURE :**

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

N° 10008*02

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - **ENFANT**

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ❑ FILLE ❑

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| Diphtérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| **Ou** DT polio | | | | Autres (préciser) | |
| **Ou** Tétracoq | | | | | |
| BCG | | | | | |

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE 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 marquées au nom de l'enfant avec la notice)***

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

| RUBÉOLE | VARICELLE | ANGINE | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ | SCARLATINE |
|---|---|---|---|---|
| OUI ❑ NON ❑ | OUI ❑ NON ❑ | OUI ❑ NON ❑ | OUI ❑ NON ❑ | OUI ❑ NON ❑ |
| **COQUELUCHE** | **OTITE** | **ROUGEOLE** | **OREILLONS** | |
| OUI ❑ NON ❑ | OUI ❑ NON ❑ | OUI ❑ NON ❑ | OUI ❑ NON ❑ | |

**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.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

---

## 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussigné, .....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.*

Date : Signature :

---

## A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....

.....

.....

**OBSERVATIONS**

.....

.....

.....

.....

.....

topstitz 01 64 66 3000