

Structure Ados



DOSSIER D'INSCRIPTION

ANNEE CIVILE 2017 / 2018

PHOTO OBLIGATOIRE (ne pas coller, ne pas agraffer)	NOM :
	PRENOM :
	DATE DE NAISSANCE :
	GARCON : <input type="checkbox"/> FILLE : <input type="checkbox"/>

DOCUMENTS OBLIGATOIRES A JOINDRE AU DOSSIER D' INSCRIPTION

- Attestation d'assurance / responsabilité civile
- Justificatif de domicile (loyer, facture ...)
- Photocopie des vaccins de l'enfant Une photo récente (ne pas coller ou agraffer)

Les dossiers d'inscription doivent être dûment remplis et remis avec tous les documents administratifs demandés. Un dossier incomplet ne pourra pas être enregistré et l'inscription de votre enfant s'en verra retardée.

Seul un dossier complet valide l'inscription de votre enfant à la structure Ados !



Structure Ados
Rue Alphonse Darlot
(Cour du Club Colbert, près de la salle
des associations)
89250 Seignelay
☎ **06 10 64 16 39** (Demander Roxane)
ou **03 86 47 34 16** (Maion de l'Enfance)

Cadre
Réservé
à la
Structure Ados

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Année

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARCON : FILLE :

TAILLE : POIDS :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé et est valable pour l'année en cours. N'oubliez pas de nous signaler tous changements éventuels concernant l'état de santé de votre enfant durant l'année.

VACCINATIONS

JOINDRE OBLIGATOIREMENT UNE PHOTOCOPIE DU CARNET DE SANTE POUR LES VACCINS DEMANDES.

Un enfant doit être vacciné (sauf contre-indication médicale reconnue) contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (DTP) pour pouvoir être admis, en crèche, à l'école, en garderie, en colonie de vacances ou toute autre collectivité d'enfants.

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

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

Renseignements médicaux

Votre enfant suit-il un traitement médical ? 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.

Tournez SVP →

L'ENFANT A-T-IL DEJA 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"/>	RHUMATISME 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"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES ET SUIV IL UN TRAITEMENT :

- ASTHME Oui Non ALIMENTAIRES Oui Non MEDICAMENTEUSES Oui Non
- AUTRES (animaux, plantes, pollen...) Oui Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir (Si automédication le signaler)**.

.....
.....
.....

L'enfant présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ?

- Oui Non

.....
.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ...etc...

.....
.....
.....

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Adresse :

 Tél fixe Portable :: Bureau

N° **sécurité sociale obligatoire** dont dépend l'enfant).....

Nom, commune de résidence et téléphone du médecin traitant.....

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 mon enfant. .

Date :

Signature :

Renseignements administratifs

L'ADOLESCENT

Cadre
réservé
à la
structure ados

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : LIEU :

NATIONALITE : SEXE : M F

☎ (non obligatoire mais très utile pour vous joindre rapidement)

Adresse Mail : : (non obligatoire mais très utile).

LA FAMILLE

MERE : Responsable de l'enfant oui non (Rayer la mention inutile)

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

Tél domicile :/...../...../...../..... Portable :/...../...../...../.....

Adresse mail : (non obligatoire mais très utile)

EMPLOYEUR : Tél employeur :/...../...../...../.....

PERE : Responsable de l'enfant oui non (Rayer la mention inutile)

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

Adresse mail : (non obligatoire mais très utile)

Tél domicile :/...../...../...../..... Portable :/...../...../...../.....

EMPLOYEUR : Tél employeur :/...../...../...../.....

Pour les familles recomposées merci d'indiquer les renseignements concernant le conjoint si la personne est susceptible de venir chercher votre enfant.

CONJOINT : Beau père Belle mère (Rayer la mention inutile)

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

Tél domicile :/...../...../...../..... Portable :/...../...../...../.....

EMPLOYEUR : Tél employeur :/...../...../...../.....

Merci de nous indiquer ou de nous fournir les informations complémentaires que vous jugerez utiles concernant la situation familiale de l'enfant : (Divorce/Séparation/Jugement de justice concernant la garde de l'enfant)

.....

.....

.....

Tournez SVP



N° SECURITE SOCIALE (couvrant l'enfant) :

CAISSE DE SECURITE SOCIALE DE :

N° ALLOCATAIRE **indispensable pour les statistiques annuelles demandées par la CAF :**

CAF : MSA : AUTRES REGIMES :
(Indiquez votre N° d'allocataire en face du régime correspondant (CAF ou MSA ou autres régimes))

QUOTIENT FAMILIAL
(Il est indiqué sur vos documents CAF ou MSA. **Il est indispensable pour la facturation**)

MUTUELLE : Non Oui (précisez laquelle)

ASSURANCE /RESPONSABILITE CIVILE (couvrant l'enfant) :
.....

PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

1) NOM : PRENOM :

Lien de parenté avec l'enfant :

ADRESSE :

Tél domicile :/...../...../...../..... Portable :/...../...../...../.....

2) NOM : PRENOM :

Lien de parenté avec l'enfant :

ADRESSE :

Tél domicile :/...../...../...../..... Portable :/...../...../...../.....

Attention : Seules les personnes inscrites sur ce document seront habilitées à venir chercher l'enfant.
Si aucune de ces personnes ne peut venir chercher votre enfant vous devez nous en informer et fournir un document daté du jour et signé du responsable légal attestant de l'identité de la personne qui viendra chercher l'enfant.

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT **(si différentes des personnes habilitées à venir chercher l'enfant)**

1) NOM : PRENOM :

Lien de parenté avec l'enfant :

Tél domicile :/...../...../...../..... Portable :/...../...../...../.....

2) NOM : PRENOM :

Lien de parenté avec l'enfant :

Tél domicile :/...../...../...../..... Portable :/...../...../...../.....

Décharge de responsabilité

Décharge de responsabilité autorisant votre enfant à rentrer seul

Je soussigné(e) M^{me}, M^{lle}, M^{r*}..... Mère, Père, Tuteur (rice)*

Autorise ma fille, mon fils à regagner seul(e) mon domicile :

- Après les animations proposées par le club ados de Seignelay.
- Après les sorties ou soirées proposées par le club ados de Seignelay

(Cochez le ou les cases correspondantes)

N'autorise pas ma fille, mon fils à regagner seul mon domicile. Je viendrai donc le(la) chercher.

- Après les animations proposées par le club ados de Seignelay.
- Après les sorties ou soirées proposées par le club ados de Seignelay

(Cochez le ou les cases correspondantes)

Fait à Seignelay le :

Signature obligatoire

Droit à l'image

Je soussigné Mr / Mme

Domicilié : Tél :

Autorise le personnel de la Structure Ados de Seignelay à prendre des photos de mon mes) enfant(s)

- 1) 2)
- 3) 4)

et à les utiliser pour les besoins suivants : (cocher les cases correspondantes)

- La réalisation de diaporama
- L'information et la publicité dans le bulletin municipal ou le journal l'Yonne Républicaine
- L'information et la publicité le site internet de la commune de Seignelay
- Les formulaires liés à l'inscription de vos enfants
- Je n'autorise pas la diffusion de l'image de mon enfant

Date :

Signature obligatoire :

Tournez 

Tarifs et modalités de règlement

Les tarifs :

Les tarifs des temps d'accueils et des animations du 'club ados' sont encore à l'étude. Nous vous les feront parvenir dès qu'ils auront été validés.

Pour les tarifs de l'été 2017, se référer à la plaquette ados ou vous pouvez les consulter sur le site de la commune de Seignelay www.seignelay.fr

Les modalités

Mode de règlement

- ❖ Paiement à réception de facture .Votre paiement est à adresser à la trésorerie principale: 68 rue du pont à Auxerre.
- ❖ Les chèques doivent être libellés au nom du trésor public.
- ❖ Vous pouvez désormais aussi régler en chèques vacances ou par CESU.

L'aide aux temps libre.

L'aide aux temps libres (CAF ou MSA) est désormais incluse dans le coût de journée ou de 1/2 journée.

Attention :

Si vous n'avez pas noté sur le dossier d'inscription ou indiqué au service comptabilité de la commune de Seignelay votre N° d'allocataire ou votre quotient familial, il vous sera appliqué le tarif le plus élevé lors de la facturation sans possibilité de remboursement sur cette facture. Dès que vous aurez donné le ou les justificatifs demandés, vous vous verrez appliquer les tarifs correspondants à votre quotient familial.

Projet de fonctionnement et règlement intérieur

Le projet de fonctionnement est en cours d'élaboration. Pour le règlement intérieur, nous souhaitons y impliquer les jeunes . dès que ces 2 documents seront finalisés et validés nous vous indiquerons comment en prendre connaissance.