

**FICHE DE
RENSEIGNEMENTS
ESPACE JEUNESSE**

Adhésion annuelle de 5 €

NOM Prénom du jeune :

Né(e) le _____ Sexe: Féminin Masculin

Responsables légaux

Adresse des parents (ou tuteurs)

Situation des parents :

Marié	Pacsé
Divorcé/Séparé	Veuf(ve)
Célibataire	Concubinage

Code postal: _____

Ville : _____ **E-mail :** _____

Personnes à contacter	Père	Mère	Autre:
Nom/ Prénom			
Adresse parents			
Employeur/ adresse			
Tél domicile			
Tél portable			
Tél prof.			

N°Sécu: _____

Nom allocataire

Adresse:

N°allocataire CAF: _____

Nom allocataire

N°allocataire MSA: _____

Nom allocataire

Déplacements du jeune

Votre enfant est-il autorisé à quitter seul la structure? OUI NON

Si OUI, à quelle heure?

Personnes habilitées à venir chercher l'enfant

Nom/ Prénom	Lien de parenté (ou autre)	Téléphone

Personne non autorisée à venir chercher le jeune :

(selon le cas joindre une copie de l'acte du tribunal)

Informations médicales

Médecin traitant:

Téléphone:

Mutuelle :

Vaccinations : D.T.P. : / /

B.C.G. : / /

Observations particulières :

(allergies, diabolos, Projet d'Accompagnement Individualisé, difficultés particulières, régime alimentaire,...)

Porte-t-il des lunettes :

rte-t-il un appareil audi

Autorisations

Je soussigné(e)....., responsable légal(e) de l'enfantdéclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise :

- mon fils (ma fille) à participer aux activités des structures Enfance/ Jeunesse de la Communauté de Communes, précisées ci-dessus,
- mon fils (ma fille) à utiliser les modes de transport en commun (minibus, bus de ville ou tramway) nécessaires à la pratique de certaines activités des structures Enfance/ Jeunesse de la Communauté de Communes, précisées ci-dessus,
- le(s) responsable(s) de structure(s) à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant, selon les prescriptions du corps médical consulté (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales),
- Je soussigné (é) responsable légal (e), atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure fréquentée par mon enfant.

Fait à

Signature:

Pièces à retourner à la Communauté de Communes pour une 1ère inscription

- Certificat médical autorisant à la pratique d'activités sportives**
- Attestation d'assurance extra-scolaire : 2010/2011**
- Photocopie des vaccinations obligatoires (BCG/ DTP)**

Tout dossier non complet ne sera pas pris en compte

51 chemin du port de l'homme. BP 44. 33360. Latresne. Tel : 05 56 20 83 60. Fax : 05 56 21 72 64.

Courriel : cdc-portesentredeuxmers@wanadoo.fr
Site internet : <http://www.cdc-portesentredeuxmers.fr>