



DOSSIER D'INSCRIPTION 2014-2015

Secteurs Enfance/Jeunesse et Pôle Extra-Scolaire

Centre Socioculturel de Plaisance - 4 allée de l'Ille 44700 Orvault - 02 40 76 94 47

PARTICIPANT

NOM : _____ Prénom : _____

Garçon Fille Date de Naissance : _____ Age : _____

Adresse : _____

Tél portable : _____ E mail : _____

Établissement scolaire et classe suivie en 2014 -2015 :

Sport ou activité pratiqué : _____

Nombre de frères et sœurs : _____

Inscription pour la ou les activités suivante(s) :

Pôle Extra-scolaire PAJ 11-17 ans En mode tranquille 14-17 ans
 Animation de Proximité 6-12 ans Planète Jeunes 11-14 ans

N° de QF : _____

Responsables légaux

	PERE	MERE
Nom		
Prénom		
Date de naissance		
Adresse		
N° téléphone domicile		
N° téléphone portable		
N° téléphone travail		
E mail		
Situation familiale	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Veuf	<input type="checkbox"/> Mariée <input type="checkbox"/> Pacsée <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Séparée <input type="checkbox"/> Divorcée <input type="checkbox"/> veuve
Je souhaite recevoir des informations du CSC Plaisance	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Important : Prévenir en cas de changement de n° de téléphone.

Personnes à contacter en cas d'urgence, lorsque les parents ne sont pas joignables :

1. Nom et Prénom : _____ Qualité (ex. voisin, nourrice...) : _____

N° téléphone domicile : _____ N° téléphone portable : _____

2. Nom et Prénom : _____ Qualité (ex. voisin, nourrice...) : _____

N° téléphone domicile : _____ N° téléphone portable : _____

Renseignements médicaux / Recommandations des parents

Votre enfant a...

... un appareillage : lunettes lentilles prothèses dentaires ou auditives Autre : _____

... des difficultés de santé nécessitant des précautions particulières : oui non Si oui, précisez lesquelles : _____

... un traitement médical : oui non Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants.

... des allergies : oui non Si oui, indiquez lesquelles et la conduite à suivre _____

Date du dernier DT Polio : _____

Médecin traitant : Nom et Prénom : _____ N° de téléphone : _____

Autorisations parentales

Je soussigné(e), _____ responsable légal(e) de l'enfant, _____ :

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'animateur responsable de l'enfant à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités mises en place lors des temps d'animation.
- Reconnaît la non responsabilité du Collectif Plaisance dans les trajets aller-retour domicile/lieu d'activité
- Autorise mon enfant à emprunter livres, revues, vidéos et VHS à la Bibliothèque George Sand, du 1er juillet 2014 au 31 Août 2015 et me porte garant en cas d'amende et de remboursement.
- Autorise le Collectif Plaisance à utiliser les images prises lors des manifestations dans le cadre de la communication du centre.

Date : _____ Signature du responsable : _____

Enfants de moins de 9 ans :

Ils doivent obligatoirement être récupérés par un adulte ou un jeune de plus de 15 ans

Indiquer les noms des personnes autorisées à venir chercher l'enfant à la fin des activités :

Nous ne confierons vos enfants qu'aux personnes mentionnées ci-dessus.

Enfants de plus de 9 ans :

Je soussigné(e), _____, responsable légal(e) de l'enfant, _____, âgé de plus de 9 ans au jour de l'inscription, autorise mon enfant à sortir des activités :

- À partir de 18h dans le cadre du Pôle Extra-scolaire
- À partir de 17h30 dans le cadre de l'ALSH et de l'Animation de Proximité
- À tout moment dans le cadre des activités du PAJ (11-17 ans) non accompagné d'un jeune adulte et en assume toutes les responsabilités en cas d'incident ou d'accident.

Date : _____ Signature : _____

Informations diverses :

Règles de vie

En m'inscrivant au Centre Socioculturel :

J'ai la possibilité de participer à l'ensemble des activités du centre

J'ai le droit de proposer mes idées et envies aux professionnels et bénévoles du Centre Socioculturel

Et je m'engage à :

Respecter tous les adultes, les enfants et moi-même.

Prendre soin du matériel et des équipements.

Ne pas perturber les autres activités du Centre Socioculturel.

Si je ne respecte pas ces règles :

Des sanctions seront prises en fonction de ce qui s'est passé.

Mes parents peuvent être avertis, suivant les faits.

Signature du jeune

Documents à joindre au dossier

N° de sécurité sociale du responsable légal : _____

N° d'Allocataire de la Caisse d'Allocation Familiales : _____ Joindre 1 photocopie

Quotient familial : _____ QF : 0,5 1 2 3 4 5 6 7

Compagnie d'assurances et n° de contrat : _____ Joindre 1 photocopie

Certificat de Natation : _____ Joindre 1 photocopie

Carnet de santé : Joindre les photocopies des vaccins