

INSCRIPTION AU SECTEUR JEUNESSE ANNÉE 2021



Communauté de Communes
Centre Tarn
Service Enfance - Jeunesse
2 rue villenouvelle
81120 Réalmont
jeunesse@centretarn.fr

Photo d'identité

(Il est possible de la faire à l'Espace Jeunes)



NOM PRENOM
 DATE DE NAISSANCE / / LIEU DE NAISSANCE
 NATIONALITÉ SEXE F G
 ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE
 CLASSE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES RESPONSABLES LÉGAUX

Parent 1 (ou reponsable légal)

Parent 2 (ou reponsable légal)

NOM - PRÉNOM
 ADRESSE
 CODE POSTAL / VILLE
 TÉLÉPHONES : Fixe
 Mobile
 Professionnel
 ADRESSE EMAIL* @ @

* Les adresses électroniques renseignées seront utilisées dans le cadre de la diffusion des informations fonctionnelles, pédagogiques et administratives du Service.

SITUATION FAMILIALE Célibataire Concubin(e) Union libre Pacsé(e) Marié(e) Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve)

PROFESSION

DÉPART DE L'ESPACE JEUNES

- Régime 1 : Mon enfant quittera la structure accompagné par l'une des personnes citées ci-dessous.
 Régime 2 : Mon enfant est autorisé à quitter seul l'accueil à l'heure de la fermeture.
 Régime 3 : Mon enfant est autorisé à quitter seul l'accueil quand il le souhaite.

PERSONNE(S) AUTORISÉE(S) À RÉCUPÉRER LE JEUNE ET À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE SI LE RESPONSABLE LÉGAL EST INDISPONIBLE

	Personne 1	Personne 2	Personne 3	Personne 4
NOM - PRÉNOM	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TÉLÉPHONE(S)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
LIEN DE PARENTÉ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

AUTORISATION LIÉES AUX ACTIVITÉS ET TRANSPORTS

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées dans le cadre du Secteur Jeunesse : OUI NON

Si non, lesquelles ?

Mon enfant sait-il nager ? OUI NON

J'autorise le personnel de la Communauté de Communes Centre Tarn à transporter mon enfant à l'aide des véhicules de service ou en utilisant les transports collectifs de type autocar.

MODE DE RÉGLEMENT DES FACTURES

Souhaitez-vous régler vos factures par prélèvement automatique : OUI NON

Si oui, complétez la partie ci-dessous

- Reconduction du prélèvement automatique (sans changement de coordonnées bancaires).
 Reconduction du prélèvement automatique avec nouvelles coordonnées bancaires > Fournir un RIB
 1ère demande de prélèvement automatique > Fournir RIB, un formulaire SEPA vous sera envoyé pour signature.

MODALITÉS DE GARDE

Bénéficiez vous d'une garde alternée : OUI NON

Si oui, vous êtes : le père la mère

Votre garde : semaine paire semaine impaire

autres (précisez et/ou joindre un planning)

Le cas échéant, souhaitez-vous la mise en place d'une facturation séparée : OUI NON

DROIT À L'IMAGE

Autorise N'autorise pas

le Service Enfance - Jeunesse de la Communauté de Communes Centre Tarn à publier et/ou utiliser les photographies ou supports vidéos sur lesquels figure mon enfant (articles de presse, publications, affichages, sites internet et réseaux sociaux) uniquement dans le cadre de la promotion et communication du Service.

RÉGLEMENT INTÉRIEUR (disponible et téléchargeable sur le site internet www.centretarn.fr)

Je soussigné(e), responsable légal du jeune, atteste l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et m'engage à signaler par écrit au Service Enfance - Jeunesse tout changement en cours d'année.

De plus j'atteste avoir souscrit une assurance en responsabilité civile pour mon enfant et reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du Service et m'engage à le respecter.

FAIT LE / / à

Signature du responsable légal

Signature du jeune

Jeune : NOM PRÉNOM

FILLE GARÇON DATE DE NAISSANCE / /

Structure d'accueil : Dates : année 2021 (du 01/01 au 31/12)
Communauté de Communes Centre Tarn
Service Enfance - Jeunesse - 2 rue Villenouvelle 81120 RÉALMONT & Route de Gaillac, 81120 LOMBERS
 Accueil de loisirs, séjours de vacances, séjours courts et activités accessoires.

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dernier rappel	Vaccins recommandés	OUI	NON	Date
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (préciser)			
ou Tétracoq							
B.C.G.							

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

Le jeune doit-il suivre un **traitement médical** pendant l'accueil / le séjour ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, marquées au nom du jeune). Pour rappel, l'arnica, l'arnigel, le spasfon et le paracetamol... sont des médicaments.

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Le jeune a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Allergies : médicamenteuses oui non
 alimentaires oui non
 autres oui non

asthme oui non

Si ventoline :

automédication par le jeune

administré par le personnel du Service (joindre une prescription médicale)

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

PAI (Projet d'Accueil Individualisé) en cours : Oui Non

Si oui, joindre le protocole et toutes informations utiles.

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

III - Recommandations utiles :

Préciser si le jeune porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

IV - Responsable légal du jeune :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. domicile : travail : portable :

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif) :

Je soussigné(e) responsable légal(e) du jeune, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** le responsable de l'accueil ou du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du jeune, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date : / /

Signature :