

## Dossier d'inscription au Secteur Jeunes CCRC 2021-2022

Nom et Prénom : .....

Né(e) le : .....

Classe : .....

Numéro de téléphone du jeune : .....

### Information sur la famille :

#### Responsable légal 1 :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Date de naissance : ..../..../.....

Profession : .....

Tél domicile : .....

Tél portable : .....

Mail : .....

#### Responsable légal 2 :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Date de naissance : ..../..../.....

Profession : .....

Tél domicile : .....

Tél portable : .....

Mail : .....

**Situation :**  Célibataire  Divorcés/séparés  Mariés/Pacsés  Veuf(ve)  Vie maritale

Si séparation, envoi de la facture à :  père  mère

**Autorisation :**  J'autorise mon enfant à rentrer seul (depuis le secteur jeunes)

J'autorise les animateurs à prendre en photo mon enfant et éventuellement les diffuser (Facebook, Instagram, montage vidéo...)

J'autorise les responsables du centre à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale.

J'autorise les responsables du centre à prendre leur véhicule personnel à titre exceptionnel.

**Cadre réservé à l'administration :** Numéro de Carte Avantages jeunes : .....

Test d'aisance aquatique :  Oui  Non

ATL :  Oui  Non

Cotisation facturée le : .....

Date :

Signature :



**Personne à contacter** (autre que les parents) en cas d'urgence et autorisé à venir chercher le jeune :

Nom et prénom : .....

Numéro de téléphone : .....

Lien avec l'enfant : .....

Nom et prénom : .....

Numéro de téléphone : .....

Lien avec l'enfant : .....

**Santé** : Nom et numéro de téléphone du médecin traitant .....

Difficultés de santé (maladie, accident ...)

Préciser les dates et les précautions à prendre :

.....

Recommandations utiles des parents (votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc..., précisez)

.....

**Vaccinations** (joindre copie des vaccinations)

**Allergies** (précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir, si automédication le signaler)

Asthmes  Oui  Non      Médicamenteuses  Oui  Non      Alimentaires  Oui  Non

Précisez :

**Maladies** (que votre enfant a déjà eu)

Angine  Oui  Non

Scarlatine  Oui  Non

Rougeole  Oui  Non

Varicelle  Oui  Non

Otite  Oui  Non

Oreillon  Oui  Non

**Autres informations :**

Cotisation annuelle (veuillez indiquer le montant .....

LA COTISATION SERA FACTURÉE SUR LA PREMIÈRE FACTURE

10€ si quotient familial ≤ 680€

12€ si quotient familial de 681€ à 1500€

14€ si quotient familial de 1501 à 1800€

16€ si quotient familial ≥ 1801€

20€ si hors CCRC

**Pièces à fournir :**

- Ce document entièrement rempli
- Une attestation d'assurance
- Une photocopie des vaccinations
- Une attestation de quotient familial
- Le règlement intérieur signé
- Le document CAF des Aides aux Temps Libres (si vous en bénéficiez)
- Une photocopie de la carte avantages jeunes (si vous l'avez)

Je déclare avoir lu et accepté les conditions du règlement intérieur.

Date :

Signature :

