



Cotisation de 5€00 annuelle à l'Espace-Jeunes ; Facture envoyée par courrier et paiement au Trésor Public d'Egletons.



## Fiche de renseignements – année 2022

ENFANT	
Nom : .....	Prénom : .....
Date de naissance : .....	Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/>
Ecole : .....	Classe : .....
N° portable éventuel de l'enfant : .....	

<p><b>ADULTE 1</b> <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur Autorité parentale : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Marié(e), Pacsé (e), Concubinage, Célibataire, Séparé (e), Divorcé (e), Veuf (Ve) <i>(Rayer les mentions inutiles)</i></p> <p>Nom : .....</p> <p>Prénom : .....</p> <p>Adresse : .....</p> <p>.....</p> <p>Tél domicile : .....</p> <p>Portable : .....</p> <p>Email : .....</p> <p>Date de naissance : .....</p> <p>Profession : .....</p> <p>Employeur : .....</p> <p>Adresse travail : .....</p> <p>.....</p> <p>Tél travail : .....</p>	<p><b>ADULTE 2</b> <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur Autorité parentale : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Marié(e), Pacsé (e), Concubinage, Célibataire, Séparé (e), Divorcé (e), Veuf (Ve) <i>(Rayer les mentions inutiles)</i></p> <p>Nom : .....</p> <p>Prénom : .....</p> <p>Adresse : .....</p> <p>.....</p> <p>Tél domicile : .....</p> <p>Portable : .....</p> <p>Email : .....</p> <p>Date de naissance : .....</p> <p>Profession : .....</p> <p>Employeur : .....</p> <p>Adresse travail : .....</p> <p>.....</p> <p>Tél travail : .....</p>
--	--

**Adresse de facturation :**  Adulte 1  Adulte 2  Adulte 1 et 2

Informations relatives au Quotient Familial	
<p>Nb enfants à charge : .....</p> <p>Régime : CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Département : .....</p> <p>Nom allocataire : .....</p> <p>Numéro allocataire : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Autorise la Communauté de Communes à utiliser le site « CAF partenaire CDAP » pour obtenir mon quotient familial.</p> <p><b>Tout changement en cours d'année doit être signalé : déménagement, téléphone, mail, situation familiale etc.</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Quotient familial : ..... Fournir un justificatif (attestation CAF ou MSA)</p> <p style="text-align: center;">ou</p> <p><input type="checkbox"/> Déclare avoir des revenus supérieurs au plus haut quotient familial, ou ne souhaite pas communiquer mon avis d'imposition pour le calcul du quotient familial et accepte de payer le plus haut tarif.</p>

**À DÉFAUT DE JUSTIFICATIFS DE REVENUS, LE PLUS HAUT TARIF SERA APPLIQUÉ**

# Fiche sanitaire – année 2022

Nom et prénom de l'enfant : .....

Médecin traitant : Nom / Téléphone : .....

Régime alimentaire : ..... Allergies alimentaires : ..... PAI (à fournir) : oui non

Antécédents médicaux ou chirurgicaux :

--

Allergie(s), asthme, diabète, ... (joindre un justificatif), besoin spécifique de l'enfant :

--

Maladies (si traitement en cours, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants) :

--

Recommandations utiles des parents (l'enfant mouille-t-il son lit ? votre fille est-elle réglée ? porte-t-il des lunettes ? ...) :

--

Vaccinations (se référer au carnet de santé) :

Vaccins obligatoires	Dates des derniers rappels	Vaccins obligatoires	Dates des derniers rappels
Diphthérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite		Méningocoque C	
Haemophilus influenzae B		Pneumocoque	
Coqueluche		Autres (préciser) :	

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

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (Nom / téléphone / lien) :

-
-
-

**Autorisations :**

Autorise la collectivité à faire pratiquer les soins d'urgence	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Autorise mon enfant à être photographié et/ou filmé et la collectivité à utiliser légalement son image sur les différents supports de communication	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Autorise mon enfant à pratiquer l'ensemble des activités proposées et à se déplacer (à pied, bus, vélo)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Uniquement pour l'espace jeunes :</b> j'autorise mon enfant à se rendre et/ou à rentrer seul de l'espace jeunes	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Je soussigné (e) M, Mme.....responsable de l'enfant : .....

Déclare avoir reçu le règlement intérieur et en accepter les termes

Accepte que les informations médicales soient communiquées aux responsables des accueils de loisirs (sous enveloppe cachetée comprenant le nom du mineur concerné) en vue de garantir un accueil adapté et sécurisé pour l'enfant

Déclare avoir souscrit une assurance responsabilité civile pour les activités périscolaires et extrascolaires auprès de ..... avec le n° ..... Il est également conseillé de souscrire une Garantie Accident de la Vie ou une assurance individuelle accident.

Accepte de recevoir par mail des informations concernant les accueils de loisirs

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche

Fait à ..... Le ..... Signature(s) :