

DAMELEVIÈRES

CLSH
11-17 ANS



Dossier d'inscription Foyer des Jeunes Vacances d'Octobre 2017

PIECES A FOURNIR

- Fiche d'Inscription** avec toutes les mentions complétées
- Fiche médicale recto-verso** (pas de photocopies du Carnet de Santé).
Remplir les tableaux de vaccination. Précisez les allergies éventuelles et précautions particulières.
- Planning de présence**
- Photocopie de l'Attestation Aide aux Vacances de la CAF 2017
- Photocopie de l'Attestation de l'Assurance Responsabilité Civile.
- Feuille d'imposition 2016

MERCI

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSE

FICHE D'INSCRIPTION OCTOBRE 2017 POUR LES 10-17 ANS

ADOLESCENT

Nom : Prénom :

Né le : Age : Sexe F M

N° portable de l'ados :

Carte d'adhésion

Oui Non

Une adhésion de 5 € au Foyer des Jeunes est obligatoire à partir de 3 passages au local jeunes ou après la participation du jeune à une activité spécifique. L'adhésion est valable du 1er Janvier au 31 Décembre.

Cette adhésion a pour objectif de favoriser l'engagement des jeunes dans le projet de la structure, en les impliquant et en les responsabilisant vis-à-vis de cette dernière. Les inscriptions se font auprès du responsable du Foyer.

PÈRE - MÈRE - RESPONSABLE LEGAL DE L'ADOLESCENT

PERE	MERE
NOM	NOM.....
PRÉNOM	PRÉNOM
PROFESSION	PROFESSION.....
ADRESSE	ADRESSE.....
.....
.....
☎ pers	☎ pers
☎ port	☎ port.....
☎ prof	☎ prof

N° CAF Envoi de la facture Mère Père Autre

CAF PRO Oui Non

Aide aux Vacances Oui à fournir Non

AUTORISATIONS

Nous autorisons l'Ados :

- à partir seul après les activités en journée

Oui Non

- à partir seul après les activités en soirée

Oui Non

et nous autorisons :

- la publication des photographies

Oui Non

et/ou vidéos de l'ados, prises par le Foyer des Jeunes

(page Facebook, Site Internet de la ville, expositions, programmes)

Fait à Damelevières le2017

Signatures des parents

PLANNING DE PRESENCE Octobre 2017

Faites votre choix

↪ En cochant la ou les case(s) correspondante(s) au(x) jour(s) de présence(s)

↪ En entourant les abréviations correspondantes :

Si l'Ados se rend à l'Accueil (aux P'tits Loups) les Matins (AM) – les Soirs (AS)

S'il prend ses Repas à la cantine (R) ou Sans Repas (SR)

Semaine 1 – du 23 au 27 Octobre

<input type="checkbox"/> Lundi 23 Octobre	AM	R	SR	AS
<input type="checkbox"/> Mardi 24 Octobre	AM	R	SR	AS
<input type="checkbox"/> Mercredi 25 Octobre	AM	R	SR	AS
<input type="checkbox"/> Jeudi 26 Octobre	AM	R	SR	AS
<input type="checkbox"/> Vendredi 27 Octobre	AM	R	SR	AS

Semaine 2 – du 30 au 03 Octobre

<input type="checkbox"/> Lundi 30 Octobre	AM	R	SR	AS
<input type="checkbox"/> Mardi 31 Octobre	AM	R	SR	AS
<input checked="" type="checkbox"/> Mercredi 1er Novembre				FERIE
<input type="checkbox"/> Jeudi 2 Novembre	AM	R	SR	AS
<input type="checkbox"/> Vendredi 3 Novembre	AM	R	SR	AS

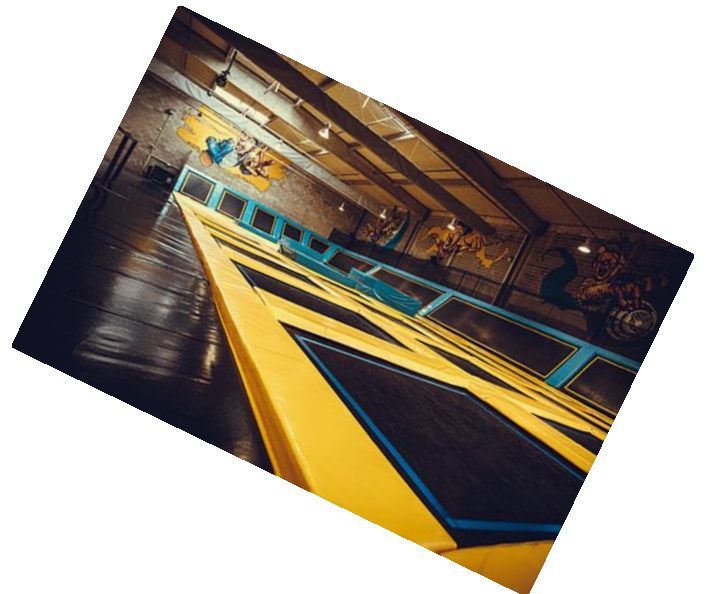
- Participera à la sortie à Metz au TRAMPOLINE PARK et à la Patinoire prévue le Vendredi 27 Octobre

En cas d'urgence, vous pouvez téléphoner à Victoria au FOYER DES JEUNES au 03 83 73 60 63.

Toute inscription est définitive et facturée par le Trésor Public.

Le 2017

Signatures des Parents





FICHE SANITAIRE DE L'Adolescent

Nom :

Prénom :

N° Portable :

Date naissance :

Garçon

File

Taille : Poids : Groupe sanguin :

Responsables de l'Adolescent

Nom Prénom

Adresse

Téléphone

Mère : Domicile portable travail

Père : Domicile portable travail

Assurances

N° Sécurité Sociale :

L'Adolescent est assuré par :

N° adhérent : Assurance :

Renseignements médicaux concernant l'Adolescent

Nom et téléphone du Médecin Traitant :

A-t-il eu les maladies suivantes ?

Rubéole - Oreillons - Rougeole - Scarlatine - Coqueluche - Varicelle - Angine - Otite - Rhumatisme

Allergies

Asthme Oui Non Médicamenteuses Oui Non

Alimentaires Oui Non Autres

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir avec une ordonnance médicale si traitement :

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre:

Vaccinations

L'Adolescent est-il à jour dans ses vaccinations ? Oui Non Rappel à faire le :

Informations complémentaires (à renseigner obligatoirement) :

L'Adolescent porte-t-il des :

Lentilles Lunettes Prothèses auditives Prothèses ou Appareils dentaires

autres recommandations (ex : qualité de peau, crème solaire ...)

Traitement médical pendant la période

L'adolescent suit-il un traitement médical pendant la période ? Oui Non

si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'ados avec notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Merci de nous tenir régulièrement informé.

Autorisation Parentale

Nous, soussigné(e)s, responsables légaux de l'adolescent, déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorisons le responsable de séjour à prendre, le cas échéant, toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaire par l'état de l'enfant.

Le : Signatures des Parents