

Documents à fournir lors de l'inscription

« Espace Jeunes 11-17 ans »

- ☐ Fiche d'inscription complétée et signée par le responsable légal
- ☐ Fiche sanitaire de liaison complétée et accompagnée de la photocopie des vaccins de l'enfant
- ☐ Copie de l'attestation d'assurance responsabilité civile individuelle corporelle souscrite pour l'année en cours
- ☐ Copie de l'attestation de sécurité sociale
- ☐ Attestation Caisse d'Allocation Familiale
- ☐ Copie Attestation d'aisance aquatique ou le « Savoir Nager »
- ☐ Règlement intérieur signé



FICHE D'INSCRIPTION
ESPACE JEUNES
Année Scolaire 2026-2027



Nom et Prénom du jeune : Date de naissance :...../...../.....

N° de portable du jeune :

Adresse :

Régime : ☐ CAF ☐ MSA ☐ Autre :

N° allocataire :

	Père	Mère	Tuteur(-rice) légal (-e)
Nom et Prénom			
Téléphone du domicile			
Téléphone portable			
Adresse mail			
N° de Sécurité Sociale du parent qui couvre le jeune			
Date de naissance			
Profession			
En cas d'urgence téléphone du travail			

Autorisations des parents

Je soussigné(e), père, mère, tuteur(-rice),.....

- Déclare avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement de l'Espace Jeunes.
- Autorise l'équipe de direction à prendre toute mesure nécessaire au cas où mon enfant aurait besoin de soins urgents.

Etablissement hospitalier souhaité en cas d'urgence :

Médecin traitant : Nom Numéro de téléphone :

- ☐ Autorise l'équipe d'animation à transporter mon enfant dans les véhicules 9 places de la commune
- ☐ Autorise l'équipe d'animation à photographier, filmer et enregistrer mon enfant dans le cadre des activités de l'Espace Jeunes et à les publier sur les réseaux sociaux de la ville de Mios

Informations que vous jugez utiles

Fait à :

Le :

SIGNATURE

Précédé de la mention « Lu et approuvé »



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? ☐ 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'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES

☐ oui ☐ non

MEDICAMENTEUSES

☐ oui ☐ non

AUTRES (animaux, plantes, pollen) :

☐ oui ☐ non

Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :