

FICHE D'INSCRIPTION CLUB

JEUNES

Année scolaire 2023-2024



PHOTO

N° d'adhésion familiale : _____

L'enfant

Nom : _____
Prénom : _____
Date de naissance : _____
Lieu de naissance : _____
Adresse : _____

Tél du jeune : _____

Établissement fréquenté : _____ Classe : _____

La famille

Le père

La mère

Nom : _____
Prénom : _____
Adresse : _____

Tél. 1 : _____
Tél. 2 : _____
Courriel : _____

Quartier :

Situation familiale :

Célibataire Marié(e) Séparé(e)
 Divorcé(e) Veuf (ve)

Nombre d'enfant(s) : _____
dont _____ fille(s) et _____ garçon(s)

Nom : _____
Prénom : _____
Adresse : _____

Tél. 1 : _____
Tél. 2 : _____
Courriel : _____

Quartier :

Situation familiale :

Célibataire Marié(e) Séparé(e)
 Divorcé(e) Veuf(ve)

Nombre d'enfant(s) : _____
dont _____ fille(s) et _____ garçon(s)

Personnes à contacter :

1. _____
2. _____
3. _____

Tél : _____
Tél : _____
Tél : _____

Renseignements administratifs

Fournir les photocopies de :

Attestation CAF Carnet de santé Assurance extra-scolaire
Adhésion Dossier complet

N° sécurité sociale : _____

N° MSA : _____

N° assurance : _____

Quotient familial : _____

N° allocataire CAF : _____

☆ J'autorise mon enfant à rentrer seul(e) oui non

☆ J'autorise mon enfant à rentrer avec _____ Tél : _____

-Vos données sont collectées par le CCAS d'Avignon conformément à la législation relative à la protection des données personnelles dans le cadre des la gestion des inscriptions au centre social espace pluriel. Ces données seront conservées le temps de l'inscription au centre social. Conformément à la législation en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de vos données en vous adressant au DPO par courrier à CCAS AVIGNON 4 Avenue st jean BP 232 Avignon cedex 1 ou par courriel à dpo.ccasavignon@dposystem.fr Vous pouvez consulter notre politique de confidentialité pour plus d'informations sur la gestion de vos données à caractère personnel

Je soussigné(e) _____, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires pour l'état de l'enfant.

À _____, le _____

Signature :

AUTORISATION DE PRISE ET DE DIFFUSION DE PHOTOGRAPHIE ET VIDEO

Je soussigné(e) :

Nom : Prénom :

Adresse :

.....
.....

Code postal : Ville :

Agissant en qualité de représentant ou tuteur légal du ou des enfants :

Nom : Prénom :

Nom : Prénom :

Nom : Prénom :

AUTORISE (*rayez les mentions inutiles*) :

-la prise d'une ou plusieurs photos ou vidéos (captation, fixation, enregistrement, numérisation) le (les) représentant(s)

-La diffusion et la publication par voix de presse, Internet ou par fixation sur CD ou DVD, d'une ou plusieurs photographies ou vidéos le représentant à l'occasion d'activités ludiques ou de créations de l'**Accueil Jeune du Centre Social de la Rocade Espace Pluriel** .

Fait à, le/...../.....

Signature :

CCAS Avignon ESPACE PLURIEL
Accueil Jeune Centre Social de la Rocade

ENGAGEMENT DES PARENTS :

Je soussigné(e) :

Madame, Monsieur (barrer la mention inutile)

Nom : Prénom :

Père, Mère, Tuteur (barrer la mention inutile) et représentant l'gal de l'enfant :

Nom : Prénom :

Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'**Accueil Jeune du Centre Social de la Rocade Espace Pluriel** et accepte les clauses de celui-ci..

Fait à, le/...../.....

Signature :

ENGAGEMENT D'ADHERENT :

Je soussigné(e) :

Nom : Prénom :

Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'**Accueil Jeune du Centre Social de la Rocade Espace Pluriel** et accepte les clauses de celui-ci..

Fait à, le/...../.....

Signature :

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM
ADRESSE
.....
.....
TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR (en cas de séjour) A L'ATTENTION DES FAMILLES

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....