



Espace Jeunes

Dossier d'inscription : Année 2019 / 2020

Pour toute participation à l'espace jeunes, **une inscription est obligatoire.**

PIECES ADMINISTRATIVES A FOURNIR (obligatoire)

Ce dossier complété et dûment signé accompagné :

- Justificatif de domicile datant de moins de 3 mois
- Jugement de garde alternée ou exclusive s'il y a lieu
- Photocopie du carnet de vaccinations
- Photo d'identité à coller sur la fiche
- Attestation d'assurance responsabilité civile et individuelle d'accident pour l'année scolaire 2018/2019
- Numéro d'allocataire CAF ou MSA + attestation quotient familial

Pour le règlement par prélèvement bancaire :

- Fiche de demande de prélèvement automatique et RIB

Cette fiche est disponible sur le site internet et dans les mairies des communes déléguées.

Tarifs d'inscriptions :

8 € par an pour un jeune

12 € par an pour 2 jeunes d'une même famille

15 € par an pour 3 jeunes d'une même famille

**Le dossier d'inscription est à déposer à
L'espace jeunes**

Pour de plus amples informations, vous pouvez contacter le service concerné :

Espace Jeunes

Espace St Exupéry – 39 rue Charles de Gaulle 49500 Segré-en-Anjou Bleu

Téléphone : 02.41.61.15.24 / mèl : espace.jeunes@segreenanjoubleu.fr

FICHE FAMILLE (une par foyer)

RESPONSABLES LEGAUX

Père Mère Autre

NOM : _____

PRENOM : _____

Adresse : _____

CP : _____ Commune déléguée de : _____

☎ domicile : _____

☎ portable : _____

@ email : _____

Régime Allocataire : CAF MSA

N° Allocataire obligatoire : _____

Situation familiale :

Célibataire Marié(e) Veuf (ve)

Divorcé (e) Séparé Concubin

Autorité parentale :

Oui Non

Nom et adresse de l'employeur : _____

Profession : _____

☎ professionnel : _____

Si adresse de facturation différente, merci de le préciser : _____

Père Mère Autre

NOM : _____

PRENOM : _____

Adresse : _____

CP : _____ Commune déléguée de : _____

☎ domicile : _____

☎ portable : _____

@ email : _____

Régime Allocataire : CAF MSA

N° Allocataire obligatoire : _____

Situation familiale :

Célibataire Marié(e) Veuf (ve)

Divorcé (e) Séparé Concubin

Autorité parentale :

Oui Non

Nom et adresse de l'employeur : _____

Profession : _____

☎ professionnel : _____

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A RECUPERER VOS ENFANTS

NOM	Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

AUTORISATION PARENTALE OBLIGATOIRE

Je soussigné(e) responsable légal de(s) l'enfant(s)

- ✓ Atteste que tous les renseignements fournis sur ce présent document sont exacts.
- ✓ Certifie que mon (mes) enfant(s) est (sont) à jour des vaccinations obligatoires en collectivité.
- ✓ Autorise la commune de Segré en Anjou Bleu à utiliser le site CDAP afin de vérifier mon quotient familial. Oui Non
- ✓ M'engage à faire notifier toute modification de données concernant ma situation ou celle(s) de mon (mes) enfant(s) auprès du Service Enfance Jeunesse, ainsi que pour tout changement ou absence de mon (mes) enfant(s).
- ✓ Autorise mon (mes) enfant(s) à pratiquer toutes les activités proposées dans le cadre de l'espace jeunes et à utiliser les modes de transports proposés (autocar, minibus, train, etc...).
- ✓ Autorise les prises de vues et l'utilisation des images de mon (mes) enfant(s) dans le cadre des activités de l'espace jeunes pour des publications municipales (site internet, bulletin municipal,..) et pour la presse. Oui Non
- ✓ J'autorise les responsables des activités à prendre toutes dispositions nécessaires en cas d'urgence et/ou médicale de mon (mes) enfant(s).
- ✓ Je reconnais avoir pris connaissance des règlements intérieurs en vigueur (disponible sur le site internet www.segreenanjoubleu.fr).

Fait à : _____ Le : _____

Signature(s) :

FICHE JEUNE 1

NOM de l'enfant : _____ Prénom : _____

Date de naissance : __/__/____ Sexe : M F

Classe à la rentrée de Septembre 2019 : _____ Ecole : _____

L'enfant fait l'objet d'une garde alternée : Oui Non *(si oui, fournir le jugement de garde)*

ALLERGIES

Alimentaires Asthme

Médicamenteuses Autres

Causes de l'allergie et conduite à tenir :

Un **Projet d'Accueil Individualisé** a-t-il été mis en place avec le médecin scolaire :

Oui Non

(Si oui, merci de nous transmettre ce document)

L'enfant est-il sous traitement : Oui Non

Si oui, lequel :

SANTE

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant :

L'enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives : Oui Non

Si oui, précisez : _____

L'enfant a-t-il des problèmes de santé :

Oui Non

REGIME ALIMENTAIRE

Régime alimentaire : Oui Non

Si oui, lequel :

Autorisation de SORTIE

J'autorise mon enfant à rentrer seul : Oui Non *(Uniquement pour les enfants âgés de 6 ans révolus)*

INSCRIPTION à L'Espace jeunes

Oui Non

Attention l'inscription ne vaut pas réservation

Inscription aux activités selon les places disponibles à l'espace jeunes.

PHOTO

Obligatoire

Date : __/__/____

Signatures des représentants légaux :

FICHE JEUNE 2

NOM de l'enfant : _____ Prénom : _____

Date de naissance : __/__/____ Sexe : M F

Classe à la rentrée de Septembre 2019 : _____ Ecole : _____

L'enfant fait l'objet d'une garde alternée : Oui Non *(si oui, fournir le jugement de garde)*

ALLERGIES

Alimentaires Asthme

Médicamenteuses Autres

Causes de l'allergie et conduite à tenir :

Un **Projet d'Accueil Individualisé** a t-il été mis en place avec le médecin scolaire :

Oui Non

(Si oui, merci de nous transmettre ce document)

L'enfant est-il sous traitement : Oui Non

Si oui, lequel :

SANTE

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant :

L'enfant porte t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives : Oui Non

Si oui, précisez : _____

L'enfant a t-il des problèmes de santé :

Oui Non

REGIME ALIMENTAIRE

Régime alimentaire : Oui Non

Si oui, lequel :

Autorisation de SORTIE

J'autorise mon enfant à rentrer seul : Oui Non *(Uniquement pour les enfants âgés de 6 ans révolus)*

INSCRIPTION à L'Espace jeunes

Oui Non

Attention l'inscription ne vaut pas réservation

Inscription aux activités selon les places disponibles à l'espace jeunes.

PHOTO

Obligatoire

Date : __/__/____

Signatures des représentants légaux :