

Informations pratiques

-Autorise mon enfant à rentrer seul au domicile :

Oui Non

-Autorise mon enfant à quitter et revenir librement sur les lieux d'activités du local jeunes :

Oui Non

-Autorise la prise de photos/vidéos de mon enfant dans le cadre des activités du local jeunes pour différents supports

(Facebook, affiches, site internet de la commune) :

Oui Non

-Autorise mon enfant à se baigner : Oui Non

-Pour toutes activités nautiques le brevet des 50m minimum est obligatoire, votre enfant le possède t-il ? : Oui Non

-Votre enfant peut-il pratiquer toutes activités sportives ? : Oui Non

Si non lesquels:

- Autorise mon enfant à sortir du territoire communal (encadré par les animateurs)

Oui Non

Mention collecte des données

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la commune de Veuzain-sur-Loire pour le suivi administratif et comptable.

Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : Commune de Veuzain-sur-Loire.

Les données sont conservées pendant toute la durée de période scolaire du 1er degré de l'enfant.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données.

Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@agglopolys.fr

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

Je soussigné(e), M. ou Mme, m'engage à payer en début de semaine les frais relatifs aux activités de mon enfant.

Je certifie que mon enfant est bien assuré pour les activités extrascolaires.

Je suis informé(e) que si le comportement de mon enfant devait perturber le fonctionnement, des mesures d'exclusion pourraient être prises par les organisateurs.

Date et signature des parents :

signature du jeune :



Local Jeunes

Dossier d'inscription 2023-2024

Jeune concerné :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Classe :

Adresse :

Collège/Lycée :

Tel (du jeune) :

Mail (du jeune) :

Parents (ou adultes responsables) :

Noms / Prénoms :

Adresse :

Téléphones domicile :

Portable :

Travail :

Mail :

Autres personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom :

Téléphones :

Nom :

Téléphones :

Coordonnées :

· Local Jeunes 25 Rue de la justice 41150 Onzain
Tel : 06.80.95.19.25 / polejeunesse@onzain.fr

· Service Enfance - Jeunesse Impasse Camille Diard 41150 Onzain
Tel : 02.54.33.73.41 / enfancejeunesse@onzain.fr

Fiche sanitaire de liaison

Merci de joindre à ce document une photocopie de l'attestation de responsabilité civile pour le jeune concerné ainsi que la photocopie des vaccinations qui est obligatoire

Vaccinations :

Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre indication.

Groupe sanguin :

Maladies :

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

- | | | |
|------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Rubéole | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| Varicelle | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| Angine | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| Rhumatisme articulaire aiguë | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| Scarlatine | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| Coqueluche | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| Otite | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| Rougeole | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| Oreillons | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |

L'enfant suit-il un traitement médical ? 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 pris sans ordonnance.

Allergies :

- | | | |
|----------------|---------------------------|---------------------------|
| Asthme | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| Alimentaire | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| Médicamenteuse | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| Autres | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

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

Difficultés de santé :

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

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

Médecin traitant :

Nom : Ville :

Téléphone:.....

Je soussigné(e)....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le directeur de l'accueil jeunes à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

Date : Signature :