

BULLETIN D'ADHESION 2024/2025

NOM DU JEUNE :	PRENOM :
TELEPHONE DU JEUNE :	MAIL :
DATE DE NAISSANCE : / /	ÂGE (au 30 juin 2024) :
COMMUNE DE RESIDENCE :	

RESPONSABLE LEGAL :	Père, Mère, Tuteur, Autres ⁽¹⁾	Autre parent (préciser) :
Nom, Prénom		
Adresse		
Code postal, commune		
Tel. domicile		
Tel. portable		
Tel. travail		
E-Mail		
N° de sécurité sociale		
Assurance familiale		
Allocataire <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA Merci de cocher N° Allocataire :		
Nom et prénom du parent allocataire		
Quotient familial actuel		

IMPORTANT : Pour bénéficier des tarifs adaptés à votre quotient familial, un justificatif MSA (ou autres régimes) de l'année en cours est à nous fournir obligatoirement. Pour les allocataires CAF, le numéro d'allocataire peut suffire.

AUTORISATION UTILISATION CAF PRO :

J'autorise la direction de la structure à consulter notre dossier CAF PRO, afin d'accéder directement aux ressources à prendre en compte pour le calcul des participations financières : OUI NON

AUTORISATION DE CAPTATION ET DIFFUSION D'IMAGES :

J'accepte que dans le cadre des activités jeunesse, des enfant figure soient diffusées au public par l'intermédiaire de différents supports de communication intercommunale (site Internet, réseaux sociaux) et presse locale :
 OUI NON

CONSENTEMENT POUR LE TRAITEMENT DE DONNEES PERSONNELLES :

La Communauté de Communes Dieulefit Bourdeaux collecte et traite vos données personnelles au sein du logiciel Domino'Web. Celui-ci permet la gestion des structure scolaires, d'accueil, de loisirs et de temps libre. J'accepte le traitement de ces données (celles-ci ne sont jamais diffusées), en cas de refus, veuillez vous rapprochez de nos services : OUI NON

Je, soussigné(e) responsable légal dedéclare :

- l'inscrire au Service Jeunesse de la CCDB,
- avoir pris connaissance et accepter les règles de vie du Service Jeunesse,
- donner mon accord pour la pratique des activités organisées par le service jeunesse de la communauté de communes Dieulefit-Bourdeaux.

Fait à _____, le _____

Signature du jeune

Signature du représentant légal

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Notre obligation est de vous protéger

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : / /

SEXE : M F

Cette fiche permet de rassembler des informations utiles concernant votre enfant (Trajeté du 20 février 2009 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 vaccination)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphérie				Coqueuche	
Tétanos				Hæmophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Orillons-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

Prénoms : Age : Taille : Sexe : Ann. (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 du nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES

oui non

MÉDICAMENTEUSES

oui non

AUTRES (animaux, plantes, pollen) :

oui non

Préciser :

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

Parti d'un voyage, de l'étranger, d'un grand déplacement ou autre, 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 avoir 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 :