Dossier d'Adhésion Jeunes

N°

Date inscription : ...../...../..... Paiement d'adhésion : Esp ☐ Chq ☐ CB☐

Septembre 2025 à août 2026

CADRE RESERVE AU SERVICE M ☐ IN ☐ AJ ☐ 5€ (ou déjà Famille 13€ ☐ 16€ ☐)

ADOLESCENT

Nom : ..... Prénom :.....

Date et lieu de naissance : ..... Fille ☐ Garçon☐

Etablissement scolaire : ..... Classe : ..... Enseignant : .....

Portable de l'adolescent : .....

Courriel de l'adolescent : .....

Adresse de résidence de l'adolescent : Parents ☐ Père☐ Mère☐ ou Autre☐ :.....

.....

RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT (parents ou tuteurs légaux)

Adulte 1	Adulte 2
Nom	Nom .....
Prénom.....	Prénom.....
Date de naissance	Date de naissance .....
Portable	Portable .....
Téléphone 2 :	Téléphone 2 : .....
Courriel	Courriel .....

Numéro **CAF** : ..... OU Dernier Avis d'impôt sur revenus année précédente MSA ☐

QF sur présentation de l'attestation CAF de moins de 3 mois : .....

DECHARGE DE RESPONSABILITE

En tant que responsable légal, j'autorise :

☐ Mon enfant à sortir seul(e) du Centre

☐ Mon enfant à sortir accompagné de :

Nom..... Prénom : ..... Lien de parenté : .....

Nom..... Prénom : ..... Lien de parenté : .....

☐ Autorise mon enfant à participer à toutes activités et les sorties proposées dans le cadre des actions menées par l'Acceuil Jeunes, aucune contre-indication médicale n'étant connue à ce jour.

☐ En cas d'urgence, les responsables de la structure à prendre toutes les mesures, nécessaires (hospitalisations, interventions, etc).

DROIT A L'IMAGE

J'autorise le Centre social et culturel de Beaudésert à publier les photographies/vidéos prises durant les activités du Centre :

- ☐ Affiches / flyers, presse, plaquettes, magazine municipal, expositions
- ☐ Site internet, Facebook et Instagram de la structure et municipaux

AUTRES PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom :..... Prénom : ..... Téléphone : .....

Nom :..... Prénom : ..... Téléphone : .....

Fiche sanitaire de liaison

ADOLESCENT

Nom : ..... Prénom :..... Age : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

ALLERGIES

Médicamenteuses OUI ☐ NON ☐ Si oui, lesquelles ? : .....

Alimentaires OUI ☐ NON ☐ Si oui, lesquelles ? : .....

Piqûres d'insectes OUI ☐ NON ☐

Préciser la conduite à tenir : .....

.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

☐ Photocopie des pages de « vaccinations » du carnet de santé (les vaccins doivent être à jour)

☐ L'enfant a-t-il un PAI ? OUI ☐ NON ☐

Si oui : Merci de joindre une copie du PAI, le médicament et de prendre rendez-vous avec l'animateur référent.

L'enfant fait-il de l'asthme ? OUI ☐ NON ☐ Si oui : Merci de joindre une copie de l'ordonnance.

L'enfant bénéficie-t-il de l'AEEH ? OUI ☐ NON ☐

Si oui : Merci d'en informer l'équipe afin d'adapter au mieux son accueil.

INFORMATIONS DIVERSES

Assurance extra-scolaire : Compagnie : ..... N° contrat : ..... Validité : .....

Difficultés de santé liées à des troubles, maladies ou accidents :.....

.....

Les deux responsables sont-ils titulaires pleinement et conjointement de l'autorité parentale ? OUI ☐ NON ☐ (en cas de décision de justice limitant l'autorité parentale, joindre la copie de l'acte correspondant).

Procédure d'éloignement : .....

Recommandations utiles : .....

MEDECIN TRAITANT

Nom : .....

Téléphone : .....

Ville :.....

Aéroport☐ Arlac☐ Beaudésert☐ Beutre☐ Bouran☐ Le Burck☐ Capeyron☐ Centre☐ Chemin long☐ Les Eyquems☐ La Glacière☐ Hors commune ☐

Je/Nous soussigné(e-s)/ons responsable(s) légal (aux) de l'enfant, atteste/ons avoir pris connaissance du règlement intérieur de l' Accueil Jeunes et s'engage/ons à l'appliquer.

Fait à ..... le .... /...../ ..... Signatures :

Centre Social et Culturel de Beaudésert, 81 avenue des marronniers - 33700 MERIGNAC

☎ : 05 56 34 10 63 - courriel : accueil@cs-beaudesert.fr