



Inscription Projet Ados « Espace Jeunes »

- Origny Sainte Benoîte 13 ans
- Origny Sainte Benoîte 14/17 ans
- Essigny Le Grand 13 ans
- Essigny Le Grand 14/17 ans

Nom et prénom de la mère : (A facturer)

..... Adresse :

Né(e) le : à :

Tél. portable :

Email :

Nom et prénom du père : (A facturer)

..... Adresse :

Né(e) le : à :

Tél. portable :

Email :

Nom et prénom du Jeune :

..... Adresse :

Né(e) le : à :

Tél. portable :

Email :

Attention votre numéro est obligatoire pour l'inscription, même si vous n'avez pas d'aide de la CAF.

Numéro Allocataire CAF/MSA :

Nom de l'allocataire :

Je, soussigné(e) (Nom, Prénom)

Représentant légal de :

Autorise ce dernier :

A participer aux activités, actions et sorties de l'Accueil de Jeunes. Oui Non

A être photographié, filmé pour une diffusion des photos : (Site internet, brochure, flyers, Facebook ... etc.) Oui Non

(+ DE 13 ANS) A repartir seul à la fin de l'accueil de jeunes / lorsqu'il le souhaite Oui Non

A prendre les navettes de bus du projet ados. Oui Non

A repartir seul à la descente des navettes de bus du projet ados. Oui Non

A être transporté en bus lors des sorties (Si non joindre un certificat de contres indications) Oui Non

A prendre des médicaments en cas de traitement avec ordonnance et certificat Oui Non

A être transporté à l'hôpital par les services d'urgences en cas d'accident. Oui Non

A fumer à l'extérieur des locaux de l'Accueil de Jeunes Oui Non

Cette autorisation « Fumer » fera l'objet d'une rencontre avec les parents et le jeune.

Rencontre le

Accord des parents le

Signature des parents :

Indiquer le nom, prénom et numéro de téléphone de ou des personnes chargées de récupérer votre enfant (autres que les responsables légaux) **(En cas de besoin rajouter une liste sur papier libre avec signature)**

Nom Prénom	Téléphone	Autorisé à venir chercher l'enfant	A prévenir en cas d'urgence

J'ai pris connaissance du règlement intérieur et je l'accepte dans son intégralité.

J'autorise la Communauté de Communes du Val de l'Oise à utiliser « Mon compte partenaire » (CAF) pour connaître mon quotient familial

Le Président de la Communauté de Communes du Val de l'Oise, sis à Mézières sur Oise, route d'itancourt a désigné l'ADICO sis à Beauvais (60000), 2 rue Jean Monnet en qualité de délégué à la protection des données. Les données recueillies dans ce formulaire sont destinées à la réalisation du traitement inscription et facturation des accueils de loisirs. Ce traitement est basé sur le consentement des personnes concernées. Les données ne sont destinées qu'à la communauté de communes du val de l'Oise et aux communes adhérentes. Elles sont conservées pour une durée de 5 ans Conformément aux articles 15 à 22 du règlement 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition et de portabilité des données vous concernant. Pour exercer ces droits, nous vous invitons à contacter r.troszczynski@ccvo.fr. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation en ligne ou par voie postale à la CNIL.

Le

A

Signature du ou des parent(s)

Signature du Jeune

FICHE SANITAIRE

(Joindre obligatoirement une copie des vaccins et maladie infantiles)

Jeune : Né(é) le

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le Service Enfance Jeunesse. Elle évite de vous démunir de votre carnet de santé.

1- **VACCINATIONS** : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	Dates des derniers rappels	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq				BCG	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION. Attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

2- **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR** :

Suit-il un traitement médical pendant l'accueil 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 donné sans ordonnance.**

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

ALLERGIES :

ASTHME Oui Non
ALIMENTAIRES Oui Non
MÉDICAMENTEUSES Oui Non
AUTRES (Animaux, Plantes, Pollen) Oui Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (Si automédication le signaler).

.....
.....

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?

Oui Non

.....

L'enfant bénéficie-t-il de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé ? Oui Non

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

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme Articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

3- **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS** :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne :

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

Votre enfant est-il fumeur ? Oui Non
 Votre enfant a-t-il votre autorisation pour fumer Oui Non
 Votre jeune fille a-t-elle ses règles Oui Non

Informations diverses :

.....

4- RESPONSABLE DU MINEUR :

Nom et prénom de la mère :

 Adresse :
 Tél. travail.....
 Tél. portable.....
 Email :

Nom et prénom du père :

 Adresse :
 Tél. travail.....
 Tél. portable.....
 Email :

Médecin traitant : Téléphone :

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.
 J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention (chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

J'accepte que ces données fassent l'objet d'un traitement

Date :

Signature du responsable légal :