

# DOSSIER PARENTS DISPOSITIF JEUNESSE

Période du 1er Septembre 2024 au 31 Août 2025

Liste des documents à fournir pour compléter le DOSSIER PARENTS :

- Une attestation de responsabilité civile et individuelle accident extrascolaire
- Si votre enfant en a un, le PAI (Projet d'Accueil Individualisé)
- Si votre enfant est porteur de handicap, l'attestation d'allocation de l'enfant handicapé

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Pour toute question complémentaire : Quentin DEJAMMET ou  
Lucie MERLIN :  
**06.88.71.18.31** ou à  
**inscriptionsdispojeunesse@gatine-racan.fr**

### Renseignements du jeune

Nom et prénom du jeune : .....  
Date de naissance : ..... Age : .....  
Adresse : .....  
Téléphone du jeune : .....  
Ecole : .....  
Classe : .....  
N° d'immatriculation de sécurité sociale (sous lequel l'enfant est déclaré) : .....

### RESPONSABLE 1

Nom et prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
E-mail : .....  
Téléphone personnel : .....  
Fixe : .....  
Téléphone professionnel : .....  
Autorité parentale : OUI  NON

### RESPONSABLE 2

Nom et prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
E-mail : .....  
Téléphone personnel : .....  
Fixe : .....  
Téléphone professionnel : .....  
Autorité parentale : OUI  NON

Situation des parents (facultatif) :

Droit à l'image : J'accepte  je refuse   
la prise de photos et/ou de vidéos de mon enfant et sa publication sur : les réseaux sociaux, dans la presse, sur des affiches, le site internet communautaire...). L'utilisation de ces images ne portera en aucune façon atteinte à la vie privée de l'enfant, et plus généralement ne nuira ou ne causa quelconque préjudice.

Le jeune est autorisé à repartir seul : OUI  NON

Accompagné uniquement par les responsables indiqués sur ce dossier : OUI  NON

Accompagné par le(s) personnes suivantes (Nom/Prénom/Statut/Numéro de téléphone) :

- .....
- .....
- .....

### Régime d'Appartenance et Quotient Familial

Numéro CAF, MSA, autre : .....  
Quotient Familial (QF) : .....

Fait à .....le.....Signature du/des parents ou du tuteur légal.....

## Fiche Sanitaire

Nom et prénom du jeune : .....

### Vaccins obligatoires (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant) :

Tétanos : OUI  NON  DATE : .....

Poliomyélite : OUI  NON  DATE : .....

ou DT polio : OUI  NON  DATE : .....

ou Tétracoq : OUI  NON  DATE : .....

ROR : OUI  NON  DATE : .....

### Vaccins recommandés (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant) :

Coqueluche : OUI  NON  DATE : .....

BCG : OUI  NON  DATE : .....

Diphtérie : OUI  NON  DATE : .....

Hépatite B : OUI  NON  DATE : .....

Autres (préciser) : .....

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

Rubéole : OUI  NON

Angine : OUI  NON

Varicelle : OUI  NON

Scarlatine : OUI  NON

Coqueluche : OUI  NON

Rougeole : OUI  NON

Otites : OUI  NON

Oreillons : OUI  NON

Rhumatisme articulaire aigu : OUI  NON

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI  NON

Pathologies : .....

Traitement / et ou Nom des médicaments : .....

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

**Veillez svp remettre à la direction une ordonnance récente et les médicaments correspondants.**

Mise en place obligatoire d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) hors temps scolaire : OUI  NON

Pathologies : .....

Traitement / et ou Nom des médicaments : .....

**Pour les allergies alimentaires ou autres, l'asthme ou toute situation sanitaire particulière, l'inscription à l'accueil n'est envisageable qu'après la signature d'un Projet d'Accueil Individualisé.**

**Merci de prendre RDV avec le directeur de Form'Ados avec la copie du PAI de l'école.**

Difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) :

.....  
.....

Recommandations utiles (port de lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaires...) :

.....

Mon enfant et moi nous engageons à respecter le règlement intérieur du Dispositif Jeunesse transmis lors de l'inscription.

Le jeune est autorisé à partir seul.

Je m'engage à signaler tout changement qui interviendrait au cours de l'année (adresse...).

Je suis informé(e) que la Communauté de Communes ne prendra pas en charge les frais médicaux ou pharmaceutiques encourus, pendant la période de présence du jeune lors des temps d'accueil.

Je déclare exacts les renseignements portés sur ce document et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état du jeune.

Fait à .....le.....Signature du/des parents ou du tuteur légal.....