

DOSSIER PARENTS DISPOSITIF JEUNESSE

Période du 1er Septembre 2026 au 31 Août 2027

Liste des documents à fournir pour compléter le DOSSIER PARENTS :

- Une attestation de responsabilité civile et individuelle accident extrascolaire
- Le règlement d'une adhésion de 15 € pour l'accueil des mercredis hors vacances scolaires
- 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 :

06.88.71.18.31

ou à

inscriptionsdispojeunesse@gatine-racan.fr.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 :
Date et lieu de naissance :
Autorité parentale : OUI ☐ NON ☐

RESPONSABLE 2

Nom et prénom :
Adresse :
.....
E-mail :
Téléphone personnel :
Fixe :
Téléphone professionnel :
Date et lieu de naissance :
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 causera 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 àle.....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.

Veuillez 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.

☐ 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 du Dispositif Jeunesse Gâtine-Racan à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état du jeune.

Fait àle.....Signature du/des parents ou du tuteur légal.....