



DOSSIER D'INSCRIPTION

Occi'Jeunes

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE JEUNE

Nom : Prénom :
Né(e) le : Sexe : M F NG
Département et lieu de naissance :
Etablissement fréquenté : Classe :
Tél Portable :/...../...../...../.....
Adresse de la résidence principale du jeune :
.....

Je soussigné-e, certifie avoir souscrit pour l'adolescent une assurance annuelle en Responsabilité Civile pour les activités scolaires et extrascolaires.

Compagnie d'assurance : N° de Police :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS

PARENT 1

PARENT 2

Nom de naissance :	Nom de naissance :
Nom d'usage :	Nom d'usage :
Prénom :	Prénom :
Adresse postale :	Adresse postale :
.....
Code Postal :	Code Postal :
Ville :	Ville :
Tél Domicile :/...../...../...../.....	Tél Domicile :/...../...../...../.....
Tél Portable :/...../...../...../.....	Tél Portable :/...../...../...../.....
Tél Professionnel :/...../...../...../.....	Tél Professionnel :/...../...../...../.....
Mail :	Mail :
Profession :	Profession :
Nom et adresse de l'employeur :	Nom et adresse de l'employeur :
.....

Situation familiale :

Marié Pacsé Union Libre Divorcé Séparé Célibataire

AUTRES RESPONSABLES LEGAUX (TUTEUR LEGAL)

Nom : Prénom :

Lien avec l'enfant :

Adresse :

Tél Domicile : Tél Portable : Tél professionnel :

Dans le cas où un des deux parents, où les deux, seraient déchus de leur autorité parentale, le tuteur légal du jeune est tenu de remettre une copie du jugement.

AUTRES RENSEIGNEMENTS

N° Allocataire CAF :.....Quotient Familial (si allocataire CAF) :.....

N° Sécurité Sociale de la personne couvrant l'enfant :.....

CPAM MSA AUTRES

Frères et sœurs :(nom/prénom/date de naissance) :.....

.....

.....

AUTORISATION DE PUBLICATION DE L'IMAGE DE L'ADOLESCENT

Je soussigné-e :.....

Représentant légal de :.....

Autorise l'équipe d'OcciJeunes à prendre le jeune en photos/vidéos et à les diffuser dans le cadre des actions d'OcciJeunes (affiches, journaux, sites internet, réseaux sociaux de la structure).

Oui Non

OcciJeunes est administrateur de ses WhatsApp, il est donc soumis à la loi du 29 juillet 1881 sur la liberté d'expression : les groupes WhatsApp permettent uniquement de diffuser des informations relatives aux programmes d'activités, aux projets d'OcciJeunes, et de faciliter les inscriptions. Deux groupes sont bien distincts, l'un réservé aux responsables légaux, l'autre aux jeunes.

*J'autorise l'équipe d'OcciJeunes à intégrer l'adolescent sur le groupe WhatsApp des jeunes de la structure :

Oui avec ce numéro de tél :..... Non

*Je souhaite intégrer le groupe WhatsApp des responsables légaux de la structure :

Oui avec ce numéro (un ou deux tuteurs légaux) N° 1 :..... N°2 :.....

Non

AUTRES AUTORISATIONS RELATIVES AUX ANIMATIONS

Je soussigné-e :.....

Représentant légal de :.....

- Autorise le jeune à quitter la structure, régulièrement pour tout déplacement pédagogique (stade, spectacle, musée...), accompagné et sous la responsabilité d'un encadrant : Oui Non

- Autorise le jeune à participer aux activités physiques et sportives : Oui Non

- Autorise le jeune à participer aux baignades surveillées : Oui Non

- Autorise le jeune à être transporté en véhicule : Oui Non

AUTORISATION DE SORTIES POUR LES JEUNES DE 11 ANS A MOINS DE 14 ANS

Je soussigné-e :.....

Représentant légal de :.....

Autorise le jeune à partir seul de la structure OcciJeunes : Oui à partir de :..... Non

Nom et coordonnées des personnes autorisées à venir chercher le jeune :

.....

.....

Je décharge la municipalité de toute responsabilité concernant le trajet du jeune, pour venir et /ou repartir de la structure.

AUTORISATION DE SORTIES POUR LES JEUNES DE 14 ANS A 17 ANS

Je soussigné-e :

Représentant légal de :

Autorise le jeune :

* A effectuer des allées et venues en journée : Oui Non
(Achat presse, Intermarché, Aller/Retour rapide chez soi, etc...)

* A partir seul de la structure Occi'Jeunes à la fin des activités (18h30) Oui Non

* A partir seul de la structure Occi'Jeunes à la fin de la veillée (22h00) Oui Non

Je décharge la municipalité de toute responsabilité concernant le trajet du jeune une fois sorti de l'enceinte de la structure.

Sorties :

J'autorise le jeune à participer aux sorties, en autonomie : Oui Non
(Shopping, Visites, Parc d'attraction, etc...)

Orientation éducative : Permettre à des jeunes de développer leur autonomie et leur sens des responsabilités dans une dimension citoyenne. Ces sorties sont préparées en amont (lieu, horaires, déroulement de la journée, consignes de sécurité claires et précises).

En cas de réponse négative, l'adolescent devra rester auprès de l'équipe d'encadrement durant toute la sortie.

fait à.....le.....

Signature du représentant légal :



Ville de Lisle-sur-Tarn



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Occi'Jeunes

LE JEUNE

Nom : Prénom :
 Né(e) le : Sexe : M F NG

VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT polio		BCG	
Ou Tétracoq		Autres (préciser)	

Si le jeune n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication ; attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX : LE JEUNE 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 AIGÛ <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <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	

ALLERGIES

ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSES OUI NON ALIMENTAIRES OUI NON

AUTRES.....

En cas d'allergie ou de problème médical, un protocole d'accueil individualisé (PAI) établi par le médecin scolaire est obligatoire, indiquant l'allergie ou le problème concernés et la conduite à tenir (si automédication, le préciser).

PAI en cours : OUI (joindre le protocole avec une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine, marqués au nom du jeune).

NON

Si le jeune suit un traitement médical ponctuel, joindre l'ordonnance avec le traitement dans sa boîte d'origine ainsi que la notice.

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Le jeune porte des lunettes : oui non

Des lentilles : oui non

Des prothèses auditives : oui non

Des prothèses ou appareils dentaires : oui non

Autres recommandations pouvant être utiles et précautions à prendre :

.....
.....

Médecin traitant :

Nom :

Adresse :

Tél :

PERSONNES A JOINDRE EN PRIORITE EN CAS DE PROBLEME MEDICAL OUTRE LE RESPONSABLE LEGAL

Personne 1

Nom :

Prénom :

Téléphone :/...../...../...../.....

Lien avec le jeune :

Personne 2

Nom :

Prénom :

Téléphone :/...../...../...../.....

Lien avec le jeune :

Je soussigné-e....., responsable légal de....., déclare exacts les renseignements portés sur ce document et autorise l'équipe d'encadrement à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du jeune. Ceci, suivant les prescriptions d'un médecin et/ou service d'urgence, seuls habilités à définir l'hôpital de secteur. Je m'engage également à m'acquitter de tous les frais occasionnés par ces interventions.

Je m'engage à signaler au plus tôt toutes modifications des renseignements portés sur cette fiche sanitaire.

Je déclare avoir pris connaissance et du règlement intérieur d'OcciJeunes.

fait à.....le.....

Signature du représentant légal :



Ville de Lisle-sur-Tarn