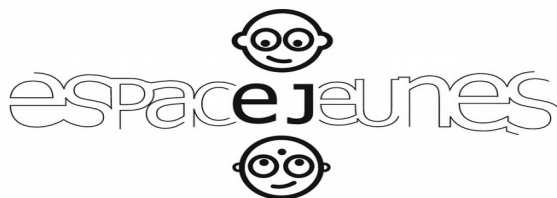


- adhésion payée
- carte Bons Plans
- artistudio

Cadre réservé à l'espace jeunes



2  
PHOTOS

# ADHESION 2017 2018 - Tarif : 5 €

**NOM** : ..... **Prénom** : .....

Ma date de naissance : ..... Mon âge : .....

Ma classe : .....

Mon numéro de téléphone portable : .....

J'accepte de recevoir des informations liées à l'actualité de l'espace jeunes par SMS à ce numéro

Mon numéro de téléphone domicile : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

**Je recevrai le programme et les informations de l'espace jeunes à cette adresse Email :**

parents : .....

enfants : .....


Profession du père : ..... Profession de la mère : .....

Tél travail du père : ..... Tél travail de la mère : .....

Tél portable du père : ..... Tél portable de la mère : .....

**N° allocataire CAF** : ..... **Quotient familial\***: .....

ou régime particulier (préciser): ..... \*fournir un justificatif

**J e s o u h a i t e a d h é r e r** à l' 

**J'accepte les droits et les devoirs** que l'adhésion à l'espace jeunes entraîne :

- > **Droit** d'être respecté(e)
- > **Droit** de participer à toutes les actions de l'espace jeunes en fonction de mon âge
- > **Droit** de m'exprimer et d'être entendu(e)
  
- > **Devoir** de respecter les autres, jeunes ou adultes ainsi que le matériel et les locaux
- > **Devoir** de participer au bon fonctionnement des activités
- > **Devoir** de m'exprimer avec politesse et sans agressivité

Fait à ....., le .....

Signature de l'adhérent(e) :                      Lu et approuvé

## AUTORISATION PARENTALE POUR MINEURS

Je soussigné (e),                    **NOM** : .....                    **Prénom** : .....

Responsable légal de                    **NOM** : .....                    **Prénom** : .....

Déclare l'inscrire à l'espace jeunes de la Communauté de communes Cœur de Maurienne Arvan et avoir souscrit une assurance responsabilité civile.

**Nom et n° du contrat** : .....

l'autorise à participer aux animations de l'espace jeunes et a bien noté que toute activité doit être payée à l'avance et ne sera remboursée que si l'annulation a eu lieu au plus tard 48 h avant le début de l'activité ou pour raison médicale justifiée.

l'autorise à pratiquer les activités sportives et déclare m'être assuré(e) de l'absence de toute contre indication.

l'autorise à se baigner et m'engage à fournir **une attestation d'aisance aquatique** si la réglementation l'oblige.

Autorise les personnes ci-dessous à le (la) prendre en charge en cours de l'activité :

NOM:..... Prénom :.....

NOM :..... Prénom :.....

Accepte la diffusion par l'espace jeunes des images et des films pris lors des activités. Cette autorisation de diffusion vaut : pour les sites internet de la Communauté de communes Cœur de Maurienne Arvan ([www.coeurdemaurienne.com](http://www.coeurdemaurienne.com)), pour la presse, les partenaires institutionnels et associatifs de l'espace jeunes dans le cadre de la promotion des ses actions. Nous vous rappelons que vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent (articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978). Pour exercer ces droits, adressez-vous à Henri Pierre Camugli, responsable du service jeunesse de la Communauté de communes Cœur de Maurienne Arvan : 04-79-59-94-95 [henri-pierre.camugli@coeurdemaurienne.com](mailto:henri-pierre.camugli@coeurdemaurienne.com)

Atteste avoir pris connaissance de la charte des espaces publics numériques.

Souhaite faire les recommandations suivantes :

Déclare décharger l'espace jeunes de toute responsabilité dès la fin de l'activité notamment pour le trajet de retour au domicile et ce quelque soit l'heure de fin de cette activité.

Fait à .....,

le .....

Signature du responsable :

Lu et approuvé

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## **I- ENFANT :**

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe :  garçon  fille

Date de naissance : .....

## **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :**

Vaccinations : ***joindre les photocopies des pages de vaccinations du carnet de santé***

Maladies contractées par l'enfant :

- |                                     |                                    |                                  |                                      |                                     |
|-------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> rubéole    | <input type="checkbox"/> varicelle | <input type="checkbox"/> angines | <input type="checkbox"/> rhumatismes | <input type="checkbox"/> scarlatine |
| <input type="checkbox"/> coqueluche | <input type="checkbox"/> otites    | <input type="checkbox"/> asthme  | <input type="checkbox"/> rougeole    | <input type="checkbox"/> oreillons  |

Difficultés de santé de l'enfant : (maladies, accidents, allergies, opérations...)

Recommandations des parents :

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ?  oui  non

Si oui, lequel ? :

***Si l'enfant doit suivre un traitement pendant l'activité ou le séjour, joindre impérativement l'ordonnance aux médicaments.***

## **II- RESPONSABLE DE L'ENFANT**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse (pendant l'activité ou le séjour) :

.....

N° sécurité sociale :

adresse du centre payeur :

Je soussigné(e), responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'activité ou du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :