

Dossier d'adhésion à l'Espace Jeunes

(Valable pour l'année scolaire 2025-2026)

Jeune
Nom :
Prénom :
Sexe : ☐ Fille ☐ Garçon Age :
Date et Lieu de naissance : ____/____/____ à ____
Téléphone du jeune :
Établissement fréquenté :
Classe :

Photo

d'identité

Famille
Nom & Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Tel domicile : Tel portable :
Adresse mail :
Situation familiale (entourer la situation) : Célibataire - Marié - Pacsé - Divorcé - Séparé - Veuf - Vie maritale - Assistante Familiale - Autre situation

Numéro de sécurité sociale :
Nom de l'assurance extra-scolaire ou responsabilité civile :
Numéro d'assurance :

Responsable 1
Nom :
Prénom :
Date de naissance : ____/____/____
Lieu de naissance : ☐ ☐
Adresse :
Code postal - Ville :
Tel. Travail :
Tel. Portable :
Profession :
Autorité parentale : Oui Non

Responsable 2
Nom :
Prénom :
Date de naissance : ____/____/____
Lieu de naissance : ☐ ☐
Adresse :
Code postal - Ville :
Tel. Travail :
Tel. Portable :
Profession :
Autorité parentale : Oui Non

Pièces obligatoires à joindre au dossier
☐ Une attestation de responsabilité civile ou l'attestation d'assurance de l'année en cours.
☐ La copie du carnet de vaccination DTPolio ou certificat de contre-indication
☐ La copie du test d'aisance aquatique pour les activités nautiques
☐ P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) en cas d'allergies ou maladies chroniques
☐ Attestation CAF si QF<900
☐ Adhésion annuelle de 12€

Personnes autorisées à prendre en charge le jeune après les temps d'activités ou à contacter en cas d'urgence si les parents ne sont pas joignables

Nom(s) / Prénom(s)	Lien de parenté	Téléphone

Autorisations de sortie, droit à l'image et autofinancement
Je soussigné(e) _____, responsable légal ou tuteur légal,
☐ Autorise mon jeune à rentrer seul après l'activité
☐ N'autorise pas mon jeune à rentrer seul, et m'engage à venir le chercher.

☐ Accepte que mon jeune soit pris en photo ou filmé dans le cadre des activités de l'Espace Jeunes et autorise la structure à utiliser ces images pour illustrer ses supports d'information et de communication (Instagram, site municipal, journaux ...).
☐ Refuse que mon jeune soit pris en photo.

☐ Autorise mon jeune à participer à des actions d'autofinancement visant à financer différents projets (vente de gâteaux, organisation de soirées...)
☐ Refuse que mon jeune participe à des actions d'autofinancement

Régime d'allocations familiales dont dépend le jeune
A défaut, le tarif le plus élevé sera appliqué
Quotient familial : Caisse :
N° d'allocataire :

Médecin traitant

Nom & Prénom : _____ Tel : _____

Adresse : _____

Vaccinations

Vaccin DTP (antidiphtérique, antitétanique et antipoliomyélitique) **Obligatoire** avec rappels tous les 5 ans.

Date du dernier rappel : _____

*Votre jeune n'est pas vacciné. Pourquoi ? _____

Renseignements médicaux

Poids : _____ kg ; Taille : _____ cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Votre jeune a-t-il eu les maladies suivantes ? (Cochez les pathologies qu'il a contractées)

Coqueluche		Scarlatine		Hépatite		Rougeole	
Rubéole		Diphtérie		Angine		Rhumatismes	
Varicelle		Otites		Méningite		Oreillons	
Asthme		Roséole		Typhoïde et paratyphoïde			

Préconisations et recommandations des parents : (port de lunettes, prothèses dentaires, auditives...) : _____

Allergies :

☐ Médicamenteuses : _____

☐ Alimentaires : _____

☐ Autres (pollens, poils d'animaux, plantes...) : _____

ATTENTION Plus aucun médicaments ne peut être administré aux jeunes. Seulement, si le jeune fait l'objet d'un P.A.I. Dans ce cas, vous devez impérativement et rapidement en informer le responsable de l'Espace Jeunes.

Autorisations et décharges

Je soussigné(e) _____, responsable légal ou tuteur de l'enfant _____ :

- Autorise mon jeune à participer aux différentes activités et sorties proposées.
- Autorise mon jeune à emprunter les transports collectifs.
- Certifie avoir pris connaissance du fonctionnement et du règlement de l'Espace Jeunes et m'engage à le respecter.
- Autorise le responsable du service à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux si P.A.I, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- Décharge les organisateurs de toutes les responsabilités en cas d'accident en dehors des heures de prise en charge par le service.
- Décharge les organisateurs de toutes responsabilités en cas de perte ou de vol d'objets ou matériel personnel des jeunes.
- Certifie que les vaccins obligatoires de mon jeune sont à jour.
- Certifie que mon jeune est couvert par une garantie de responsabilité civile ou d'un contrat d'assurance pour les activités extra-scolaires.
- M'engage à fournir à l'organisateur les documents nécessaires à joindre au dossier.
- Déclare exactes les informations renseignées sur ce document.
- M'engage à informer et signaler tous changements de situation à la direction du service.

Fait à : _____ Le : ____ / ____ / ____

Signature du responsable légal, précédée de la mention « Lu et approuvé ».

Fait à : _____ Le : ____ / ____ / ____

Signature du jeune, précédée de la mention « J'ai lu le règlement et m'engage à le respecter ».