

Dossier d'inscription espace Jeune 11 à 17 ans  
Association salle omnisports  
LE NEZET Glenn  
Mairie de Réguiny, 3 rue Général De Gaulle  
56500 Réguiny  
02.97.38.66.11 / 06.85.29.29.68

Année 2022

Date de validité

du 1<sup>er</sup> Janvier au 31 Décembre 2022

**ENFANT :**

Nom ..... Prénom .....  
Date de naissance ..... Age ..... Sexe.....  
Établissement scolaire ..... Classe .....

**LA FAMILLE**

Monsieur  Madame  Monsieur et Madame

Adresse : ..... Compagnie d'assurance de la RC : .....

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

 Domicile : ..... N° police d'assurance RC : .....

 Mobile : .....

E-mail : ..... Date d'échéance : .....

Quotient familial : .....

**ETAT CIVIL DES PARENTS :**

**MERE**

Nom .....  
Prénom .....  
Adresse .....  
CP/Ville .....  
N° S.S : .....  
Téléphone domicile .....  
Téléphone portable .....  
Téléphone travail : .....  
E-mail .....  
Profession : .....  
Nom et Adresse de l'employeur  
.....  
.....  
N° allocataire CAF : .....  
Régime :  CAF  MSA  AUTRES  
Autorité Parentale :  
 Oui  Non

**PERE**

Nom .....  
Prénom .....  
Adresse .....  
CP/Ville .....  
N° S.S : .....  
Téléphone domicile .....  
Téléphone portable .....  
Téléphone travail : .....  
E-mail .....  
Profession : .....  
Nom et Adresse de l'employeur  
.....  
.....  
N° allocataire CAF : .....  
Régime :  CAF  MSA  AUTRES  
Autorité Parentale :  
 Oui  Non

**PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (si l'association est dans l'impossibilité de prévenir les parents)**

Mr/Mme .....  
Adresse .....  
Téléphone domicile ..... Téléphone portable .....  
Qualité (Parents, grands parents, voisins, amis..) .....

### AUTORISATION DE SORTIE

Les personnes suivantes sont autorisées à récupérer mon enfant (si possible, 2 personnes au minimum)

Nom/Prénom	Téléphone	En qualité de (famille, voisin...)

### AUTORISATIONS PARENTALES

	OUI	NON
J'autorise les responsables de la structure à prendre, en cas d'urgence, toutes les dispositions médicales rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical, appel du médecin, SAMU, hospitalisation...)		
Je m'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par les organisateurs en raison des soins engagés		
J'autorise les animateurs à utiliser et diffuser à titre gratuit des photos de mon enfant pour usage pédagogique, articles de presse, site internet des communes		
J'autorise mon enfant à pratiquer les activités aquatiques (sorties piscine).		
J'autorise l'association à faire transporter mon enfant pour les besoins des activités de l'espace jeune par des moyens de transport (transport en commun, voiture personnelle d'un responsable de la structure ou animateur)		
En cas de maladies de mon enfant, d'administrer sous ma responsabilité, les médicaments prescrits par son médecin traitant suivant le double de l'ordonnance :		
En cas de fièvre, d'administrer sous ma responsabilité, les antipyrétiques selon les prescriptions du médecin traitant :		
D'administrer des granulés ou crèmes homéopathiques en cas de chutes		

### DOSSIER SANITAIRE DE LIAISON

VACCINS	Oui	Non	Date des rappels
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
BCG			
Hépatite B			
Rubéole – Oreillons – Rougeole			
Coqueluche			
Autres ( précisez )			

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Nom du médecin traitant : .....

Votre enfant a-t-il des **allergies** ? (asthme, allergies alimentaires, médicamenteuses ou autres)

.....  
.....  
.....

Votre enfant a-t-il des **difficultés de santé particulières** ? (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) **Précisez les précautions à prendre.**

.....  
.....  
.....

**Recommandations utiles des parents** (lunettes, lentilles, appareil dentaire, etc.) Précisez :

.....  
.....  
.....

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur ainsi que le projet pédagogique de l'espace jeune :

Le ..... à .....

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Doivent être joints au dossier :

- la fiche d'inscription complétée
- Certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive pour les activités dites à risque (escalade, quad, activités nautiques, accrobranche)
- Photocopie des pages de vaccination du carnet de santé de votre enfant
- Photocopie du brevet de natation ou du test boléro
- Règlement intérieur et adhésion de 5 €