

1. LE JEUNE Nom : Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

☐ Garçon ☐ Fille Date de naissance : Etablissement scolaire :

Numéro de téléphone :

2. RESPONSABLE LÉGAL N°1 Lien de parenté.....

Nom : Prénom :

Adresse si différente de celle du jeune :

CP : Ville :

Tél port. Tél maison adresse mail :

3. RESPONSABLE LÉGAL N°2 Lien de parenté.....

Nom : Prénom :

Adresse si différente de celle du jeune :

CP : Ville :

Tél port. Tél maison adresse mail :

4. INSCRIPTIONS : L'inscription de votre enfant à l'espace jeunes est valable à compter du jour où vous envoyez le dossier à

l'UFCV jusqu'à la fin de l'année scolaire.

La cotisation à l'année est de 5 euros, auxquels peuvent s'ajouter des frais supplémentaires en fonction des activités proposées par l'équipe d'animation.

Le dossier ne sera valable que si tous les éléments sont renseignés.

5. RENSEIGNEMENTS RELATIFS A VOTRE RÉGIME D'ALLOCATIONS FAMILIALES (CAF, MSA, AUTRES...)

Caisse d'Allocations Familiales ou MSA ou autres régimes (à préciser) de :

Département :

N° d'allocataire :

Si votre enfant est bénéficiaire de l'AEEH (allocation éducation enfant handicapé), merci de cocher cette case ☐

Afin de prendre en compte votre quotient familial pour la facturation, veuillez autoriser une personne de l'UFCV habilitée à consulter votre dossier CAF en cochant cette case ☐ ou joindre une attestation récente.

(Si vous ne fournissez pas ces informations, c'est le tarif du quotient le plus élevé qui sera appliqué pour vos factures)

6. FACTURES ET REGLEMENTS

- Par défaut, l'UFCV envoie les factures par e-mail. Merci de nous informer si vous souhaitez les recevoir en version papier. Les factures sont également disponibles sur le portail famille <https://portail-familles.ufcv.fr/nord-ouest>
- Moyens de règlements : chèques, virements, espèce (à la délégation), prélèvements, ANCV, CESH
- Si vous souhaitez régler par prélèvement bancaire : **Merci de joindre un RIB**

7. AUTORISATIONS, DÉCLARATIONS ET SIGNATURES

- J'autorise mon enfant à participer aux différentes activités et sorties éventuelles organisées par les structures d'accueil.
 - J'autorise la direction des accueils à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.
 - J'autorise la direction à contacter les services d'urgence en cas de besoins.
 - J'autorise mon enfant à se déplacer dans le cadre des activités pédagogiques (transport en commun, à pied ou à vélo...)
-
- J'ai pris connaissance des règlements intérieurs des accueils et je les accepte dans leur intégralité. Ils sont disponibles sur place au sein des accueils et sur le site internet de l'UFCV ou de la mairie
 - Je m'engage à payer l'intégralité des frais liés à l'accueil de mon enfant à réception du relevé de frais, ainsi que tout frais médicaux avancés par l'UFCV.
 - Je m'engage à signaler tout changement de situation concernant les informations communiquées dans ce dossier, d'une part, et dans la fiche sanitaire, d'autre part.

Le dossier complet est à remettre au directeur ou à la directrice de l'espace jeunes.

En cas de difficultés, vous pouvez aussi renvoyer le dossier complet (cette fiche d'inscription, la fiche sanitaire et les autorisations parentales) par e-mail sur animation.bz@ufcv.fr ou par voie postale à la délégation de Bretagne :

UFCV Bretagne – LE QUADRI – 47 avenue des Pays-Bas – 35 000 RENNES.

Date :

Signature du responsable légal :

AUTORISATION PARENTALE Utilisation de photos et de vidéos

L'espace jeunes, dans le cadre de son travail pédagogique, utilise des photos et des vidéos des enfants des accueils de loisirs, des ateliers (etc...) pour ses différentes publications (journal, plaquette, site Internet,...).

La loi nous fait obligation d'avoir l'autorisation écrite des parents.

L'article 9 du Code Civil précise :

« **Chacun a droit au respect de sa vie privée[...]. Toute personne peut interdire la reproduction de ses traits [...]. C'est à celui qui reproduit l'image d'apporter la preuve de l'autorisation** ».

S'agissant de personnes mineures, le droit à l'image, mais aussi de façon plus générale, le respect de la personne, est d'application stricte. En conséquence, aucune photo d'enfant reconnaissable ne pourra être publiée sans une autorisation écrite des parents (ou tuteurs) indiquant précisément dans quel contexte pédagogique se situe cette photo ou vidéo.

Les œuvres et réalisations des enfants ne devront en aucun cas faire état du nom de famille de l'auteur. Seul le prénom est autorisé. Aussi, nous vous demandons de bien vouloir nous retourner le coupon ci-dessous, afin de connaître votre position.

Madame, Monsieur

☐ autorise l'espace jeunes de la commune de
à utiliser dans le cadre pédagogique (publications, site Internet...) des photos et des vidéos de mon enfant (indiquer le nom et le prénom) prises au cours d'activités.

☐ refuse l'utilisation des photos et des vidéos de mon enfant. (indiquer le nom et le prénom)

Fait à.....le..... Signature,

AUTORISATION PARENTALE

Espace jeunes de

Nom et Prénom de l'enfant.....

Date de naissance

Je soussigné (e).....
responsable légal de l'enfant, autorise le directeur (trice) de l'espace jeunes à laisser mon enfant partir de l'espace jeunes :

☐ Seul

Ou

☐ Accompagné des personnes mentionnées ci-dessous:

Nom:	Prénom:	Tél:
		Lien:
Nom:	Prénom:	Tél:
		Lien:
Nom:	Prénom:	Tél:
		Lien:

- Cette autorisation est valable pour toute l'année scolaire : Oui Non
- Cette autorisation est valable pour une période, si oui précisez les dates:
Du au.....
- Cette autorisation est valable pour cet horaire (si besoin):
Heure de départ

J'ai bien pris note :

Qu'une fois en dehors de l'espace jeunes, mon enfant n'est plus sous la responsabilité de l'équipe de l'espace jeunes.

Date

Signature (lu et approuvé)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Joindre obligatoirement le carnet de vaccination.

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐

FILLE ☐

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES CONCERNANT VOTRE ENFANT
(l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

2 - VACCINATIONS : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

JOINDRE LA PHOTOCOPIE DES VACCINS OBLIGATOIRES

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS	AUTRES VACCINS (A préciser)	DATES
Diphtérie					
Tétanos					
Poliomyélite					
Ou DT Polio					
Ou Tétracoq					
Hépatite B*					
Rougeole-Oreillons- Rubéole*					
Coqueluche*					
Pneumocoque*					
Méningocoque C*					
Hib (Hæmophilus influenzæ de type b)*					

*Ces vaccins sont obligatoires pour tous les enfants nés après le 1^{er} janvier 2018.

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rougeole : oui ☐ non ☐ Varicelle : oui ☐ non ☐ Angine : oui ☐ non ☐
Coqueluche : oui ☐ non ☐ Otite : oui ☐ non ☐ Rubéole : oui ☐ non ☐
Oreillons : oui ☐ non ☐ Scarlatine : oui ☐ non ☐
Rhumatisme articulaire aigu : oui ☐ non ☐

ALLERGIES :

ASTHME oui ☐ non ☐ MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐
ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler) :

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

INDIQUEZ CI-APRÈS :

- **LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

- **PAI** SI VOTRE ENFANT EST BÉNÉFICIAIRE D'UN PAI COCHEZ CETTE CASE ☐
Merci de fournir le PAI et de préciser les précautions à prendre (traitement, etc....)

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... ? PRÉCISEZ :

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :
.....
.....

TELEPHONE DOMICILE : PORTABLE :

6 - NOM, ADRESSE ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT :

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

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : ____ / ____ / ____

Signatures des représentants légaux :