

### Le jeune

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Age : .....  Garçon  Fille

Adresse : .....

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

Portable : .....

Mail : .....

#### Responsable légal 1

Nom et prénom : .....

Adresse si différente du jeune : .....

Tél. (domicile) : ..... Portable : .....

Employeur : ..... Tél : .....

#### Responsable légal 2

Nom et prénom : .....

Adresse si différente du jeune : .....

Tél. (domicile) : ..... Portable : .....

Employeur : ..... Tél : .....

#### Famille d'accueil

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

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

Tél. (domicile) : ..... Portable : .....

Mail : .....

J'accepte de recevoir ma **Facture** par : Mon compte personnel  Mail  Courier

J'accepte de recevoir des **Informations** par mail. :  Oui  Non

### Renseignements relatifs à votre régime d'allocations familiales.

- Régime général :  CAF  MSA de Loire Atlantique

Nom de l'allocataire : ..... Numéro d'allocataire : .....

#### Pour une inscription à l'accueil 11/13 ans

Frais de dossier : 9 € pour un enfant, 13 € pour deux enfants et plus  
Les frais de dossiers sont valables de septembre à août facturés dès la 1ere présence

- Un forfait selon votre quotient familial

Le forfait de date à date facturé dès la 1ere présence.

#### Pour une inscription à l'accueil 14 ans et +

- Frais de dossier de 9 € pour un enfant, 13 € pour deux enfants et plus.  
Les frais de dossiers sont valables de septembre à août et facturés dès la 1ere présence.

**ATTENTION :** Aucun paiement en espèces ne peut être accepté par les directeurs et animateurs des accueils 11/13 & 14+

Je soussigné (e)..... responsable légal(e) du jeune

– certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur (disponible sur accueil et siteweb)

– m'engage à payer l'intégralité des frais des accueils 11/13 & 14+ dès réception du relevé de frais

– autorise la personne habilitée par la CAF à consulter mon quotient familial sur le site CDAP.

– autorise la direction de l'accueil de jeune à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant (Cf. fiche sanitaire obligatoire).

Date

Lu et approuvé

Signatures (Père, mère, responsables légaux

## AUTORISATION PARENTALE Utilisation de photos et de vidéos

Les accueils 11/13 & 14+, dans le cadre de leur travail pédagogique, utilisent des photos/vidéos des enfants des accueils 11/13 & 14+, 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 de jeune 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 jeunes 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.

Je soussigné(e)..... responsable légal(e)

autorise les accueils 11/13 & 14+ de la commune de St Philbert de Grand Lieu à utiliser dans le cadre pédagogique (publications, site Internet...) des photos et des vidéos de mon enfant «Nom» «Prénom» prises au cours d'activités.

refuse l'utilisation des photos et des vidéos de mon enfant «Nom» «Prénom»

Fait à St Philbert de Grand Lieu le.....

Signature

## AUTORISATION PARENTALE ACCUEIL 11-13 ANS

Accueils 11/13 de St Philbert de Grand Lieu

Nom et Prénom du jeune «Nom» «Prénom»

Date de naissance «Née\_le»

Je soussigné(e) .....responsable légal(e) du jeune, autorise le directeur(trice) des accueils 11/13 à laisser mon enfant partir des accueils 11/13 :

accompagné de (Nom Prénom, N° téléphone, Lien avec le jeune)

Nom Prénom	Téléphone	Lien avec le jeune

seul à partir de ..... heures

**J'ai bien pris note :**

Qu'une fois en dehors des accueils 11/13 mon enfant n'est plus sous la responsabilité du directeur(trice) de l'accueil de jeune.

Fait à St Philbert de Grand Lieu le.....

Signature



**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**  
DOCUMENT CONFIDENTIEL  
Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....  
 PRENOM : .....  
 DATE DE NAISSANCE : .....  
 SEXE :  M  F

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 jeune)

**1-VACCINATION** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPEL	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole - Oreillons - Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

**2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR**

Poids : .....kg, Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ?  Oui  Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

**Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.**

ALLERGIES : ALIMENTAIRES  Oui  Non  
 MEDICAMENTEUSES  Oui  Non  
 AUTRES  Oui  Non  
 Précisez : .....

Si oui, joindre **un certificat médical** précisant la cause de l'allergie, **les signes et la conduite à tenir.**

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui précisez  Oui  Non  
 .....  
 .....

**3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

**4-RESPONSABLES DU MINEUR**

Responsable N°1 : NOM Prénom : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....

TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : NOM Prénom : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....

TEL PORTABLE : .....

Je soussigné (e) ..... responsable légal (e) du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable des accueils 11/13 & 14+ à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :