



Communauté de Communes du Pays de Mirepoix

Secteur jeunesse (11 - 17 ans)

2, avenue du 8 Mai – 09500 Mirepoix

☎ 05 34 01 26 65 ou 06 45 50 58 85

espace.juniors@paysdemirepoix.org

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de votre enfant.

FICHE D'INSCRIPTION 2019 – 2020

Tarifs adhésion : valable de septembre à août
(chèque à l'ordre du Trésor Public)

Quotient familial CAF	Tarif
Jusqu'à 435.00€	10.00€
De 435.01€ à 530.00€	11.00€
530.01€ et plus	12.00€

1- ENFANT

NOM et Prénom :

Date de naissance : / /

Etablissement scolaire fréquenté :

..... Classe :

Nombre de frères : Nombre de sœurs :

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

Caisse d'allocation :

CAF : n° allocataire Quotient familial :

ou

MSA/Quotient familial : ou Autre régime :

2- RESPONSABLES LEGAUX

Père Mère Autre (institution)

NOM et Prénom :

Profession :
(sans profession : noter « SP »)

Adresse :

Mail :

☎ domicile :/...../...../...../.....

☎ portable :/...../...../...../.....

☎ travail :/...../...../...../.....

Père Mère Autre (institution)

NOM et Prénom :

Profession :
(sans profession : noter « SP »)

Adresse :

Mail :

☎ domicile :/...../...../...../.....

☎ portable :/...../...../...../.....

☎ travail :/...../...../...../.....

3- PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT (sur présentation d'une pièce d'identité)

Nom et Prénom lien familial ☎/...../...../...../.....

Nom et Prénom lien familial ☎/...../...../...../.....

Nom et Prénom lien familial ☎/...../...../...../.....

Nom et Prénom lien familial ☎/...../...../...../.....

4- AUTORISATION DE SORTIE

J'autorise mon enfant à partir seul après les animations du secteur jeunesse oui non

5- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

GROUPE SANGUIN :

☞ *Votre enfant a-t-il des ALLERGIES ?* Alimentaires Médicamenteuses Autres
Précisez les causes de l'allergie et les **précautions à prendre** (si automédication, le signaler) :

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

☞ *Votre enfant a-t-il des difficultés de santé ?* Asthme Epilepsie Diabète Autres
Précisez la nature des difficultés de santé et les **précautions à prendre** :

.....
.....

Suit-il un traitement médical ? oui non

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE

☞ *Autre recommandation médicale des parents (lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires, ...)*

.....
.....

☞ *Indiquez le nom, n° de téléphone et adresse de votre médecin traitant :*

.....
.....

6- DOCUMENTS A FOURNIR IMPERATIVEMENT

Afin de respecter la réglementation nationale des accueils de loisirs, vous devez nous fournir :

- **La photocopie des vaccins obligatoires ou un certificat médical signifiant que votre enfant est à jour des vaccins obligatoires (si votre enfant n'a pas de vaccin obligatoire, joindre un certificat médical de contre-indication)**
- **L'attestation d'assurance de responsabilité civile individuelle et corporelle en cours de validité**

Je soussigné(e), Mme, Mr, responsable légal de l'enfant, autorise :

- ☞ mon enfant à participer à toutes les activités organisées par le secteur jeunesse.
- ☞ la prise de vue et la publication d'images de mon enfant, dans le but de promouvoir les activités du secteur jeunesse.

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

Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales du fonctionnement du secteur jeunesse.

Fait à, le / /
Signature du tuteur légal,