



FICHE D'INSCRIPTION

Team Ados - Espace Jeunes - 2018/2019



Pensez à mettre à jour votre dossier sur votre Portail Famille
Identifiant et mot de passe disponibles à la C.C.Y

JEUNE

NOM :

Prénom :

N° portable du jeune : _ - _ - _ - _ - _ - _

Photo
obligatoire

Date de naissance :

Commune :

RESPONSABLE LEGAL

Père. NOM : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Commune :

N° CAF : Quotient familial obligatoire : | _____ |

Tél. Domicile : _ - _ - _ - _ - _ - _ Portable : _ - _ - _ - _ - _ - _

Tél. professionnel ou en cas d'urgence : _ - _ - _ - _ - _ - _

Mère. NOM : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Commune :

N° CAF : Quotient familial obligatoire : | _____ |

Tél. Domicile : _ - _ - _ - _ - _ - _ Portable : _ - _ - _ - _ - _ - _

Tél. professionnel ou en cas d'urgence : _ - _ - _ - _ - _ - _

INFOS

Je souhaite recevoir les infos du service jeunesse
par mail (programme des vacances, soirées jeunes, etc.) :

Merci de noter son adresse mail

.....

Adhésion

L'adhésion comprend l'accès :

- au service Team ado et
- à l'Espace Jeunes.

Son tarif est de 5€ pour l'année scolaire
(du 1^{er} septembre 2018 au 31 août 2019)

Coupon à conserver servant de justificatif

AUTORISATIONS

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, autorise le service jeunesse de la Communauté de Communes de Yenne à :

- photographier /filmer mon enfant et diffuser les photos /film sur le site internet du service jeunesse, dans les bulletins d'informations ou manifestations de la CCY,
- laisser mon enfant à rentrer seul après les activités « Team ados ».

RENSEIGNEMENTS DU JEUNE

Régime alimentaire : _____

Date du dernier rappel **DT-Polio** : / /

Si l'enfant a des allergies, cochez lesquelles et merci de fournir l'ordonnance ou PAI pour la conduite à tenir :

- Asthme :.....
- Alimentaire :.....
- Médicamenteuses :
- Autres :.....

Nom et téléphone du médecin traitant :, _ _ - _ _ - _ _ - _ _ - _ _

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.



Fait le ___ / ___ / ___ à _____

Signature

Joindre obligatoirement l'attestation du quotient familial, ainsi que le coupon du règlement intérieur.