



ACCUEIL DE JEUNES

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Cette inscription donne accès au **local Jeunes** à partir de 14 ans.

IDENTITÉ DU JEUNE

NOM	Prénom
Date de naissance	Téléphone personnel
Adresse	
Code postal	Ville
E-mail	

RESPONSABLE LÉGALE / CONTACT D'URGENCE

NOM, Prénom	Téléphone
-------------	-----------

INFORMATIONS PRATIQUES

LOCAL JEUNES
198, avenue de la Capelette — 13010 Marseille
Lundi, mardi, jeudi, vendredi : 17h – 19h
Mercredi : 14h – 19h
(**Hors vacances scolaires**)

SIGNATURE

Fait à Marseille, le ____ / ____ / _____	Signature du jeune
---	--------------------

ACCUEIL DE JEUNES AUTORISATION PARENTALE

Ce formulaire doit être complété et signé par le responsable légal du jeune mineur inscrit à l'accueil de jeunes (ADJ).

IDENTITÉ DU RESPONSABLE LÉGAL

Je soussigné.e, Madame / Monsieur, agissant en qualité de responsable légal.e
de l'enfant désigné ci-dessous :

Nom et prénom du responsable	Nom et prénom de l'enfant

AUTORISATIONS (cocher les cases souhaitées)

J'AUTORISE ...	OUI	NON
Le/la responsable de l'accueil de jeunes à prendre, le cas échéant, toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence (traitements médicaux, hospitalisation...etc.)	☐	☐
Mon enfant à repartir seul.e à son domicile à l'issue des activités	☐	☐
Mon enfant à être pris.e en photo *	☐	☐
Mon enfant à participer aux sorties organisées dans le cadre de l'accueil de jeunes	☐	☐

* Autorisation valable pour l'édition de documents à caractère pédagogique (journal, exposition, publication) sur le site internet de la commune.

DATE ET SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL

Fait à Marseille, le	Signature du responsable légal
____ / ____ / ____	

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1) MINEUR.E ACCUEILLI.E

NOM:

PRENOM:

DATE DE NAISSANCE:

GARÇON ☐ FILLE ☐

POIDS DU MINEUR :

2) VACCINATIONS (le tableau ci-dessous doit être accompagné des copies des pages de vaccinations du carnet de santé sans omettre de mentionner le nom et prénom du mineur concerné)

VACCINS* OBLIGATOIRES	Date du dernier rappel	VACCINS RECOMMANDES	Dates
Diphtérie		BCG	
Tétanos		Coqueluche	
Poliomyélite		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
		Hépatite B	
		Autres	

* rappel tous les 5 ans pour les vaccins obligatoires pour les mineurs jusqu'à 13 ans

3) RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE MINEUR ACCUEILLI

a) Le mineur présente-t-il des troubles de santé?

Allergies alimentaires : NON ☐ OUI ☐ Préciser à quoi :

Allergies médicamenteuses : NON ☐ OUI ☐ Préciser à quoi :

Autres allergies : NON ☐ OUI ☐ Préciser à quoi :

Asthme : NON ☐ OUI ☐

Diabète : NON ☐ OUI ☐

Epilepsie : NON ☐ OUI ☐

Autres : NON ☐ OUI ☐ Préciser :

b) Le mineur suit-il un traitement médical régulier? NON ☐ OUI ☐

Si oui, **prendre contact avec le Directeur de l'Accueil Collectif de Mineurs pour la mise en place d'un éventuel PAI (projet d'accueil individualisé). Les modalités de mise en place de ce protocole seront à discuter avec la direction.**

c) Le trouble de la santé implique-t-il une conduite particulière à suivre **en cas d'urgence** pendant le déroulement de l'accueil de loisirs ou le séjour avec hébergement ?

NON ☐ OUI ☐

Si oui, **prendre contact avec le Directeur de l'Accueil Collectif de Mineurs pour la mise en place d'un éventuel PAI.**

d) Autres difficultés de santé et précautions à prendre (suivi spécialisé, handicap moteur, troubles du comportement, antécédents d'accidents, d'opération ...) :

Si oui, prendre contact avec le Directeur de l'Accueil Collectif de Mineurs pour la mise en place d'un éventuel PAI.

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

4) RECOMMANDATIONS UTILES SIGNALEES PAR LES PARENTS (l'enfant ou le jeune porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, problème d'énurésie ...) :

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

5) RESPONSABLE(S) DU MINEUR

NOM : PRENOM :

Adresse :

Tel fixe et/ou portable Domicile :

Tél fixe et/ou portable travail :

NOM : PRENOM :

Adresse :

.....

Tel fixe et/ou portable Domicile :

Tél fixe et/ou portable travail :

NOM et Téléphone du médecin traitant :

.....

Je soussigné,, responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil collectif de mineurs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical après consultation d'un médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du mineur.

Date :

Signature(s) :

Il est rappelé que cette fiche sanitaire de liaison peut être remise sous enveloppe cachetée par les familles au Directeur de l'Accueil Collectif de Mineurs. Les informations communiquées restent confidentielles. La fiche sanitaire de liaison doit être renouvelée tous les ans. Toute modification en cours d'année concernant les renseignements ci-dessus devra être signalée au Directeur.

.....
COORDONNEES DE L'ORGANISATEUR :

.....

COORDONNEES DE L'ACCUEIL DE MINEURS :

.....

Merci de joindre l'ensemble des documents suivants à votre dossier d'inscription. Un dossier incomplet ne pourra pas être traité.

DOCUMENTS À FOURNIR

☐	Photocopie des vaccins
☐	Attestation d'assurance Responsabilité civile / extra-scolaire
☐	Attestation CAF Précisant le quotient familial

NATATION

Votre enfant sait-il nager ?	OUI	NON
Si oui, merci de joindre le brevet de natation	☐	☐