

DOCUMENTS À FOURNIR

1 / LA FICHE D'INSCRIPTION DUMENT REMPLIE ET SIGNÉE PAR LES PARENTS :

- **Choix la modalité d'inscription :**

soit :

ENTREE LIBRE : (À cocher sur la fiche d'inscription)

Gratuit (Accès au foyer, aux ateliers sportifs et à l'espace jeux).

Plein tarif : pour les activités et les sorties payantes.

Soit :

PASSEPORT JEUNE : (À cocher sur la fiche d'inscription)

De 10 à 30€ pour l'année, en fonction du quotient familial du foyer.

- **Choix de la formule d'accès à la structure :**

F1 : formule d'« accès encadré » dans laquelle le jeune viendra puis partira de la structure accompagné par un responsable légal.

F2 : formule d'« accès autonome » dans laquelle le jeune pourra fréquenter le local librement, étant simplement tenu d'indiquer ses horaires d'arrivée et de départ sur une feuille d'émargement. A ce titre, la famille note que le jeune quitte librement la structure sous la responsabilité des responsables légaux.

Dans tous les cas, veuillez fournir les documents suivants:

- VOTRE / VOS AVIS D'IMPOSITION

- LA PHOTOCOPIE DES VACCINATIONS (CARNET DE SANTÉ)

- UNE PHOTO D'IDENTITÉ.

- L'APPROBATION DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR DU M.I.C.ADO (Règlement à garder chez vous)
SIGNÉ PAR LES PARENTS ET LE JEUNE

- L'AUTORISATION PARENTALE REMPLIE ET SIGNÉE.

**POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLEMENTAIRE :
LE S.P.O.T.: 16 CHEMIN DES BERGES 91620 LA VILLE DU BOIS**

**Tel.01.64.49.57.32
Port.06.43.37.59.76**

Email: educatif.lespot@lavilledubois.fr



SERVICE JEUNESSE LE S.P.O.T

Année 2021-2022

PARTIE CONCERNANT L'ENFANT

Passeport Jeunesse

OU

Entrée Libre

Date Inscription : / /

Formule 1

OU

Formule 2

NOM : PRÉNOM : Sexe : Fille Garçon

Date de Naissance : / / Lieu de Naissance :

École / Collège / Lycée : Classe :

Activité(s) Extra-scolaire :

Dans quelle Association :

Email du Jeune :

Tel Portable du Jeune :

INFORMATIONS MÉDICALES

Nom du Médecin Traitant : Téléphone du Médecin :

Date dernier rappel **Vaccin D.T.P** (Diphtérie/Tétanos/Polio) : / /

Votre enfant a-t-il un **P.A.I.** (Projet Accueil Individualisé) ? OUI NON

Précisez Nature du P.A.I. (médical, Alimentaire, Allergie, Autres...) :

ASSURANCE

RESPONSABILITÉ CIVILE :

Nom de l'Assurance :

N° du Contrat :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Autorise l'hospitalisation en cas d'urgence OUI NON

Autorise les prises de photos OUI NON

Port de lunettes OUI NON

Port d'un appareil dentaire OUI NON

Port d'un appareil auditif OUI NON

Sans porc OUI NON

J'ATTESTE AVOIR PRIS CONNAISSANCE DES MODALITES DE FONCTIONNEMENT DE LA STRUCTURE MICADO ET DE SON REGLEMENT.

À LA VILLE DU BOIS, LE / /

SIGNATURE OBLIGATOIRE DU RESPONSABLE LEGAL :

PARTIE CONCERNANT LE(S) RESPONSABLE(S) (COMPOSANT LE FOYER FISCAL ACTUEL)

RESPONSABLE LÉGAL 1

Mr Mme NOM : PRÉNOM :

Date de naissance : / / Lieu de Naissance :

Qualité : Père Mère Beau-Père Belle-Mère

Situation Familiale : Marié Pacsé Vie maritale Célibataire Séparé Divorcé Veuf

E-Mail de référence (obligatoire) :

Adresse : SIGNATURE :

Code Postal : Ville :

Tél. Mobile : Tél. Domicile :

Profession : Tél. Pro :

RESPONSABLE 2

Mr Mme NOM : PRÉNOM :

Date de naissance : / / Lieu de Naissance :

Qualité : Père Mère Beau-Père Belle-Mère

Situation Familiale : Marié Pacsé Vie maritale Célibataire Séparé Divorcé Veuf

Adresse : SIGNATURE :

Code Postal : Ville :

Tél. Mobile : Tél. Domicile :

Profession : Tél. Pro :

PARTIE CONCERNANT LE RESPONSABLE (EN CAS DE SÉPARATION)

RESPONSABLE LÉGAL 2

Mr Mme NOM : PRÉNOM :

Date de naissance : / / Lieu de Naissance :

Qualité : Père Mère

E-Mail de référence (obligatoire) :

Adresse : SIGNATURE :

Code Postal : Ville :

Tél. Mobile : Tél. Domicile :

Profession : Tél. Pro :