

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 2022-2023

PARTIE CONCERNANT L'ENFANT

Passeport jeunesse Date d'inscription:/...../..... Formule 1
OU
Entrée libre 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	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Autorise les prises de photos	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Port de lunettes	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Port d'un appareil dentaire	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Port d'un appareil auditif	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Sans porc	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

J'ATTESTE AVOIR PRIS CONNAISSANCE DES MODALITES DE FONCTIONNEMENT DU SEJOUR 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 :