



## INSCRIPTION POINT JEUNESSE 2025/2026

Téléphone : 07.76.91.72.07

Mail : [pointjeunesse@allassac.fr](mailto:pointjeunesse@allassac.fr)

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Date échéance assurance : ...../...../20...

Observations : .....

### Pièces justificatives à joindre au dossier : (tout dossier incomplet ne sera pas traité)

- Fiche d'inscription + fiche sanitaire de liaison
- Attestation de mise à jour des vaccins faite par le médecin traitant ou copie des pages vaccinations du carnet de vaccination
- Attestation d'assurance extra-scolaire de l'enfant. Attention l'attestation d'assurance ne mentionne pas toujours les périodes « extrascolaires ».
- Pour les familles concernées, la notification MDPH ou l'attestation de paiement AEEH de la CAF.
- Numéro allocataire CAF/MSA
- Avis d'imposition
- Pour les familles concernées, attestation pour activités nautiques (brevet de natation, savoir nager etc..)

### Renseignements relatifs à l'enfant :

Nom Prénom	
Date de Naissance	
Numéros de tel du jeune <i>(s'il possède un téléphone)</i>	
Allocataire :	<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA

### Renseignements relatifs à la famille :

#### Responsable légal 1 :

Père  Mère  Autre : .....

Nom-Prénom : .....

Téléphone : .....

Adresse : .....

Mail : .....

Employeur : ..... Tel : .....

#### Responsable légal 2 :

Père  Mère  Autre : .....

Nom-Prénom : .....

Téléphone : .....

Adresse : .....

Mail : .....

Employeur : ..... Tel : .....

**En cas de séparation ou de divorce, la garde est assurée par** : Le représentant 1  Le représentant 2   
Garde alternée

Personne majeures autorisées à venir chercher l'enfant (avec une carte d'identité)	<u>Nom –Prénom</u>	<u>Lien de parenté</u>	<u>Téléphone</u>
--	--------------------	------------------------	------------------

**J'autorise une personne mineure à venir chercher mon enfant avec sa pièce d'identité :**

Nom..... Prénom .....  
Lien avec l'enfant .....Tel domicile.....Tel portable.....

**Renseignements sur la santé de l'enfant**

Nom du médecin traitant : ..... tél : .....

Votre enfant présente-t-il des troubles de la santé ou des allergies : Oui  Non

Si oui merci de préciser : .....

Un projet d'Accueil Individualisé (PAI) a-t-il été mis en place avec le médecin : Oui  Non

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier : Oui  Non

Si oui merci de préciser : .....

Votre enfant est-il porteur de handicap Oui  / Non  , si oui bénéficiez-vous de l'AEEH ? Oui  / Non

**Autorisations**

Nom et prénom du demandeur :..... représentant légal de l'enfant : .....

- Autorise mon enfant à effectuer des déplacements, à pied ou en bus liés à des besoins de service  
Oui  Non
- Autorise mon enfant accidenté ou malade à être transporté et hospitalisé par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille sera immédiatement avertie par nos soins.  
Oui  Non
- Autorise le personnel à photographier, à filmer ou à enregistrer mon enfant et à diffuser l'image pour la présentation des activités dans : la presse, expositions, site internet de la commune et page Facebook privée (cette page est ouverte uniquement aux parents dont les enfants sont inscrits au point jeunesse).  
Oui  Non
- Je déclare que mon enfant est en bonne santé et a reçu les vaccinations réglementaires, lui permettant de s'adapter à la vie en collectivité.  
Oui  Non
- J'autorise mon enfant à venir et quitter seul le point jeunesse après les soirées et les journées des vacances.  
Oui  Non
- J'autorise mon enfant à partager le véhicule d'un autre parent en cas de covoiturage.  
Oui  Non

**L'absence de réponse sera considérée comme une réponse négative.**

- ◇ **Je déclare** avoir pris connaissance des conditions d'inscription et de fonctionnement et accepté le règlement intérieur.
- ◇ **Je certifie** être informé(e) que, en cas d'urgence, les services de secours seront contactés et que des mesures pourront être prises, y compris l'hospitalisation.
- ◇ **J'atteste** sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus et je m'engage à signaler toute modification concernant la santé de l'enfant, un changement d'adresse ou un numéro de téléphone.

Fait à ..... le .....

**Signature obligatoire du et ou des représentant légaux (en cas de garde partagée de l'enfant).**