

DOSSIER D'INSCRIPTION ACM 12/17 ans

\*ACM : Accueil Collectif de Mineurs

Site(s) d'accueil : Espace Jeunes Le Theil-sur-Huisne  Espace Jeunes Bellême

**LE JEUNE :**

Nom.....Prénom.....Sexe : F  M   
Date de naissance : ..... / ..... / ..... Âge : ..... ans N° Téléphone du jeune : .....

**LE RESPONSABLE LÉGAL :**

Père  Mère  Tuteur

Nom .....Prénom.....

Adresse.....

Code postal.....Ville.....

Téléphone : domicile ..... / ..... / ..... / ..... / ..... professionnel ..... / ..... / ..... / ..... / .....

portable ..... / ..... / ..... / ..... / ..... Adresse mail : .....

Personne à prévenir en cas d'urgence : ..... Tél : .....

Autres personnes autorisées à récupérer l'enfant : .....

..... Tél : .....

N° allocataire C.A.F : ..... MSA : .....

N° Sécurité Sociale : .....

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON :**

**Vaccinations :**

vaccins obligatoires	oui	non	dates	vaccins recommandés	dates
Diphtérie				hépatite B	
Tétanos				ROR	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT Polio				BCG	
ou Tétracoq				Autres (préciser)	

**Allergies :**

ALIMENTAIRE  MEDICAMENTEUSE  ASTHME  AUTRE .....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication, le signaler) **Ordonnance obligatoire.**

VOTRE ENFANT A-T-IL, ACTUELLEMENT, DES DIFFICULTES DE SANTE ? Y A-T-IL DES PRECAUTIONS A PRENDRE ?

VOTRE ENFANT A-T-IL DES ANTECEDENTS MEDICAUX ? SI OUI, QUAND ET LESQUELS ? (opérations, maladies...)

VOTRE ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rubéole  Coqueluche   
Varicelle  Otite   
Rhumatisme articulaire aigu  Rougeole   
Scarlatine  Oreillons

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES... PRECISEZ

## AUTORISATIONS PARENTALES :

Je soussigné(e), Nom/Prénom.....autorise mon enfant.....

-à quitter seul l'espace jeunes entre 12h et 14h / à quitter seul l'espace jeunes après 17h  
OUI  NON  OUI  NON

- le jeune sait il nager ? (S'il l'a passé, pouvez-vous nous fournir son test d'aisance)  
OUI  NON

-à être transporté par un véhicule de la CdC conduit par un agent de la CdC.  
OUI  NON

-à la prise de photographies (captation, fixation, enregistrement, numérisation) dans le cadre des activités de l'espace jeunes pour des projets et activités interne au service.  
OUI  NON

-à la diffusion et la publication des photographies le représentant dans le cadre exclusif des activités de l'accueil de loisirs / séjours de vacances.

Sur tout support de communication et d'information relatif à la promotion de ces activités et notamment la presse écrite, le site internet : [www.perchenormand.fr](http://www.perchenormand.fr) et nos réseaux sociaux (Facebook, Instagram).

OUI  NON

L'utilisation se fera sur tout support nécessaire à la présentation. Les photographies ne seront ni vendues, ni utilisées à d'autres usages que le cadre précisé ci-dessus.

Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques qui vous concernent est garanti. Vous pourrez à tout moment vérifier l'usage qui en est fait et disposer du droit de retrait de cette photographie si vous le jugez utile.

-Nous Autorisons OUI  NON  la direction et les animateurs à prendre les mesures nécessaires en cas de maladie ou d'accident, soit la consultation d'un médecin ou d'un spécialiste et autorise toute intervention chirurgicale si elle s'impose de fait.

---

-autorise la CdC à vérifier le quotient familial, et à déduire les bons d'aides aux temps libres de la CAF.

OUI  NON

**Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »**

**Communauté de Communes des Collines du Perche normand, 3 rue de la cidrerie, Le Theil/Huisne  
61260 VAL-AU-PERCHE**

**Tel : accueil de la CDC 02 37 49 63 51**

**Portable espace jeunes de Val au Perche : 06 26 63 67 80**

**Portable espace jeunes de Bellême : 06 10 40 03 05**

**Courriel : [espacejeunes@perchenormand.fr](mailto:espacejeunes@perchenormand.fr) site : [www.perchenormand.fr](http://www.perchenormand.fr)**

