



ADHESION 2017
SIVOM DU SECTEUR DE LIGNÉ
Local'ados de Ligné, Le Cellier et Mouzeil

LE JEUNE

NOM : Prénom :
Date de naissance :
Téléphone du jeune :
Email du jeune :
Pratique d'activités physique ou culturelle :

RESPONSABLE LEGAL DU MINEUR

(de celui ou celle qui perçoit les prestations familiales, le cas échéant)

• NOM et Prénom.....
Adresse
Code postal Ville
Adresse mail
Fixe
Portable
• NOM et Prénom.....
Adresse
Code postal Ville
Adresse mail
Fixe
Portable

En cas d'urgence

N°ALLOCATAIRE

(même si vous ne percevez plus d'allocations, vous avez un numéro d'allocataire)

N°allocataire CAF : OU MSA : Quotient familial :
Autres : **merci de fournir l'attestation de quotient familial**

CHARTRE DU VIVRE ENSEMBLE

(Cette charte n'est pas une atteinte à la liberté mais est nécessaire à un bon fonctionnement et à une bonne ambiance).

- Tous les jeunes trouveront leur place au sein des structures jeunesse. Il est donc important que chacun s'accepte et se respecte.
 - Le respect est la base d'un bon fonctionnement : respect de soi, des autres, du matériel et du voisinage.
 - La consommation de cigarettes, d'alcool et de substances illicites dans les structures jeunesse et pendant toutes les activités dépendant de l'Animation Jeunesse est strictement interdite.
 - Les structures jeunesse ne sont pas des centres « de loisirs », les allées et venues des jeunes sont libres.
- L'équipe d'animation décline toute responsabilité envers les jeunes quittant seuls les locaux.**

AUTORISATION DU TUTEUR

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant ,
....., l'autorise à participer aux activités organisées par
l'animation jeunesse et à avoir pris connaissance de la charte du vivre ensemble.
Date et signature : (Précédée de la mention « Lu et approuvé »)

ACCORD DU JEUNE

Je soussigné(e),, atteste avoir pris connaissance de la charte du
vivre ensemble de l'animation jeunesse et m'engage à le respecter.
Date et signature : (Précédée de la mention « Lu et approuvé »)

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE JEUNE :

<u>VACCINS</u>	Oui	Non	<u>VACCINS</u>	Oui	Non
Diphthérie			Hépatite B		
Tétanos			Rubéole-Oreillons-Rougeole		
Poliomyélite			Coqueluche		
Ou DT polio			Autres (préciser)		
Ou Tétracoq					
BCG					

ALLERGIES

MEDICAMENTEUSES
ALIMENTAIRES

oui non
oui non

AUTRES :

Précisez la conduite à tenir

Indiquez ci-après les DIFFICULTES DE SANTE (asthme, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

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

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.) Précisez si votre enfant porte des lunettes, appareils dentaires, auditifs, ou toute autre information que vous jugerez utile :

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

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT :

.....
.....

Je soussigné responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, ...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence.

Date :

Signature

J'autorise le SIVOM du Secteur de Ligné à utiliser la photo et /ou la vidéo de mon enfant pour illustrer ses plaquettes d'information, articles de presse et expositions photos diverses : **oui** **non**

L'adhésion pour l'année est de 6,10€ (à l'ordre du « Trésor Public » pour les paiements en chèque)

