



Mairie de Vif
Service Animation Jeunesse
Tél : 04 76 73 58 46



Autorisation Parentale

Je soussigné(e)

Autorise mon fils / fille

A sortir seul de l'activité

oui non

A être pris en photo

oui non

J'autorise l'utilisation de mon adresse mail

oui non

pour les campagnes de communication du service

Signature mentionnée

«Lu et approuvé»

Animation de proximité

Je soussigné(e)

Autorise mon fils / fille

à participer aux activités de proximité du **02 septembre 2021 au 30 juillet 2022** au gymnase de Vif ou à l'espace jeune de Vif.

Un animateur sera présent de 10h à 12h aux lieux pour organiser les animations.

Les mineurs restent sous la responsabilité civile de leurs parents (même de 10h à 12h).

Une animation de proximité consiste à un temps d'animation sans inscription préalable, où l'enfant peut venir et partir quand il le souhaite.

Deux obligations subsistent pour participer à ces animations :

1. être à jour de son inscription annuelle à l'espace jeune (adhésion 6 €)
2. avoir rendu l'autorisation parentale.

Signature mentionnée

«Lu et approuvé»

DOSSIER D' INSCRIPTION ESPACE JEUNES 2021-2022

Pièces à joindre

A renvoyer de préférence par mail (scolaire.jeunesse@ville-vif.fr), scannés lisiblement :

- Justificatif de domicile récent
- Copie des pages de vaccinations du carnet de santé de l'enfant, comportant son nom, prénom et date de naissance
- Quotient familial de la Caisse d'Allocations Familiales 2021 ou dernier avis de situation déclarative 2021 sur revenus 2020 (si non rendu tarif maximum appliqué)
- Les autorisations parentales au dos du document

Tout dossier Ado incomplet ou illisible ne sera pas traité.



Code réservé à l'administration
DOSSIER ADOS 2021 / 2022

DATE :

NOM
PRÉNOM
N° port. :

ADOS

garçon fille*
.....

Date de naissance :

Pour les parents séparés* : dossier PAPA ou MAMAN / garde alternée : oui non

Habitudes alimentaires* : sans porc - sans viande - sans poisson - PAT allergie alimentaire

PERSONNES (AUTRES QUE LES PARENTS) AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom, prénom	Qualité	téléphone	VILLE

PARENT 1*

Nom, Prénom :

Adresse :

☞ domicile : ☞ port : ☞ travail :

Adresse mail :

Situation familiale* : marié - célibataire - divorcé - séparé - vie maritale - PACS

PARENT 2*

Nom, Prénom :

Adresse :

☞ domicile : ☞ port : ☞ travail :

Adresse mail :

Situation familiale* : marié - célibataire - divorcé - séparé - vie maritale - PACS

Police d'assurance couvrant l'enfant (nom et n°) :

N° de sécurité sociale du responsable de l'enfant :

N° allocataire Caisse d'Allocations Familiales :

FACTURATION : Facture disponible sur l'espace famille

Destinataire de la facture* : père - mère - autre (préciser) :

Je reconnais avoir reçu le règlement intérieur et en accepter les conditions.

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

A Vif, le Signature :

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM de l'enfant :
Prénom de l'enfant :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour.

1 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS	DATES	VACCINS	DATES
DT POLIO (obligatoire) Ou Tétracoq		Hépatite B Rubéole-Oreillons Rougeole	
Méningite		BCG	
Pneumococcique		Autres (préciser)	
		Autres (préciser)	

si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

2 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non si oui lequel :

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES ALLERGIES ET LES MALADIES SUIVANTES ?

Allergies	Oui	Non	maladies	Oui	Non	maladies	Oui	Non
Asthme			Rubéole			Coqueluche		
Alimentaires			Varicelle			Otite		
Médicamenteuses			Angine			Rougeole		
autres			Rhumatisme articulaire aigu			oreillons		
			Scarlatine					

si OUI, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS : port de lunettes, de lunettes, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement, etc...précisez.

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM, Prénom :

ADRESSE :

TÉL. fixe portable travail :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :