



Année 2022-2023

Dossier d'inscription Accueil 11-14 ans

## L'adolescent

### Coordonnées :

Nom : .....

Fille

Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Garçon

PHOTO

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone du jeune : .....

Adresse mail : .....

### Scolarité

Etablissement : ..... Commune.....

Classe: .....

### Droit à l'image :

J'accepte que les photos, de mon enfant, soient utilisées par la Mairie de Loire-sur-Rhône dans ses supports de communication (internes et externes) aux fins de communication ou d'information : bulletins municipaux, presse, sites internet, réseaux sociaux et autres supports de communications.

J'accepte

Je refuse

### Autorisation liée aux trajets :

Dans le cadre des accueils libres et lors des vacances scolaires, j'autorise mon enfant à quitter seul les activités aux horaires indiqués et décharge la mairie de Loire-sur-Rhône de toutes responsabilités :

oui

non

Si non, votre enfant restera à l'accueil jusqu'à votre arrivée.

### Autorisation d'intervention en cas d'urgence :

J'autorise les personnes responsables du service à prendre toutes les mesures nécessaires pour soigner mon enfant en cas d'accident ou d'hospitalisation. :

oui

non

# Référent de l'enfant

## Coordonnées :

Qualité (Père, mère, tuteur, autre...) .....

Nom : .....Prénom : .....

Situation familiale : .....

Adresse : .....

Code Postal : .....Ville : .....

Téléphone domicile : ..... Portable : .....

Adresse mail : .....

## Facturation :

N° Allocataire CAF : .....

J'autorise les services de la mairie de Loire-sur-Rhône à consulter mon quotient familial sur CAF Pro. A défaut, je m'engage à fournir une attestation de QF à jour ou la tarification maximum me sera appliquée.

OUI

NON

## Santé :

Nom du médecin traitant : .....

Téléphone du médecin traitant : .....

Adresse du médecin traitant : .....

Afin de prendre au mieux en charge les besoins de santé particuliers d'un enfant, les responsables légaux doivent signaler tout régime alimentaire, allergie ou traitement médical particuliers ainsi que tous les changements qui pourraient survenir en cours d'année.

L'enfant suit -il un traitement médical : OUI  NON

Autre difficultés de santé à signaler (maladie, handicap, accidents, crises convulsives, hospitalisation, etc..) **Fournir le protocole ou certificat médical :**

.....

.....

Personnes à prévenir en cas d'urgence et/ ou habilités à récupérer l'enfant :

Nom Prénom	Qualité (ex : oncle, voisin, ami, etc..)	Téléphone fixe	Téléphone port.

Habitudes alimentaires :  sans porc  sans viande

Autres, préciser : .....

Centres d'intérêts :

Dans le but de proposer des activités adaptées aux envies des jeunes, merci de nous indiquer leurs centres d'intérêts ainsi que les activités que vos jeunes souhaiteraient faire :

.....  
.....

Règlement :

Je m'engage à respecter le fonctionnement de l'accueil des 11-14 ans que je fréquente, ainsi que les règles de vie propres aux locaux, au matériel et aux personnes présentes sur les lieux.

Je soussigné(e): .....

Responsable de l'enfant .....

A ..... Le ...../...../.....

Signature du référent  
et du jeune