



DOSSIER D'INSCRIPTION

POINT ACCUEIL JEUNES (PAJ)

PHOTO
OBLIGATOIRE

NOM du jeune :

PRENOM du jeune :

Age :

Date de Naissance :

Portable du jeune :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Classe :

Adresse mail (jeune ou parent) :

LE RESPONSABLE LEGAL

Père

Mère

NOM : Prénom :

Domicile : Portable :

Adresse : Code postal :

Commune : Mail (transmettre les infos, plannings du PAJ..)

Situation familiale : Marié(e) Divorcé(e) Concubinage Pacs

Séparé(e) Célibataire Veuf(ve)

Régime d'appartenance : Régime général CAF Autres (MSA, ...)

N° d'allocataire

Profession :

Nom et Adresse de l'employeur :

De votre travail :

LE CONJOINT du Responsable Légal (vivant sous le même toit) :

NOM : Prénom :

Domicile : Portable :

Adresse : Code postal :

Commune : Mail :

PIECES OBLIGATOIRES A FOURNIR

- Dossier rempli et signé
- Coupon du Règlement Intérieur général signé (par le responsable légal et le jeune)
- Adhésion de 10€ (Espèces/Chèques à l'ordre Trésor Public) 20€ pour les jeunes qui résident en dehors hors de la CCBVL*
- Attestation d'assurance civile ou extrascolaire
- BON CAF ou MSA (Si vous en bénéficiez)
- Si régime MSA (Mutuelle sociale agricole), fournir un justificatif
- Photocopies des vaccins
- 1 photo récente
- Brevet de natation (Obligatoire pour les activités nautiques organisées)

• CCBVL: Communauté de Communes Beauce Val de Loire comprend les communes suivantes : Autainville, Avaray, Boisseau, Briou, Conan, Concriers, Courbouzon, Cour Sur Loire, Épiais, Josnes, La Chapelle Saint Martin, Lestiu, Lorges, La Madeleine-Villefrouin, Marchenoir, Maves, Mer, Muides, Mulsans, Oucques la Nouvelle, Le Plessis -l'Échelle, Rhodon, Roches, Saint-Léonard-en-Beauce, Sérís, Suèvres, Talcy, Vievy-le-Rayé, Villeneuve-Frouville et Villexanton.

Pièces à fournir en + pour LES CAMPS

- Avis d'imposition N-1
- Certificat médical d'aptitude à la pratique des sports aquatiques et de pleine nature.
- Bons CAF ou MSA (si vous en bénéficiez)

**Dossier à retourner par mail inscriptionado@beaucevaldeloire.fr
ou à déposer au :**

Pôle jeunesse
Rue du Sergent Bernard
41500 MER
☎ 02 54 33 38 40

REJOINS NOUS SUR LES RÉSEAUX !

Facebook
Paj Beaucevaldeloire

Instagram
pajccbvl

Snapchat
pccbvl

POINT ACCUEIL JEUNES

Promeneurs du Net

Beauce Val de Loire

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) :

Responsable légal(e) de l'enfant

♦ autorise mon enfant à être filmé et photographié, dans le cadre des activités du PAJ. Ces images sont susceptibles d'être diffusées sur les supports de communication de la CCBVL : bulletin municipal, site internet et réseaux sociaux, facebook, instagram, snapchat.

OUI non

♦ autorise mon enfant à effectuer des déplacements à pieds (accompagné de l'encadrement nécessaire) entre le lieu d'accueil et certains lieux d'activités (gymnase, piscine, salles municipales...).

OUI non

♦ autorise le transport de mon enfant en bus (60 places, prestataire privé) et/ou en mini-bus sur les lieux d'activités.

OUI non

♦ autorise les responsables du PAJ à prendre toutes les mesures d'interventions d'urgence rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant (hospitalisation...).

OUI non

♦ autorise mon enfant à rentrer seul du PAJ à son domicile

OUI non

- Déclare exact les renseignements portés sur cette fiche.
- Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur.

le / /

Signature (responsable légal)

FICHE SANITAIRE DU JEUNE 2022/2023

NOM du jeune :

Date de Naissance :

PRENOM du jeune :

Age :

SANITAIRE

Médecin traitant : (Nom, Adresse, Téléphone) :

N° Sécurité Sociale du jeune (obligatoire) :

En cas d'ACCIDENT

LE(S) RESPONSABLE(S) LEGAL/LEGAUX

Nom-Prénom (Mère) : Téléphone : /

Nom-Prénom (Père) : Téléphone : /

Personne (s) à prévenir en cas d'accident/d'urgence (en l'absence des responsables légaux)

Nom-Prénom : Téléphone : /

Nom-Prénom : Téléphone : /

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

⊕ Votre enfant a-t-il des antécédents médicaux ou chirurgicaux susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil ou des activités proposées en précisant les dates et les précautions à prendre ? (épilepsie, asthme, diabète,.....) : oui non

⊕ Votre enfant a-t-il des réactions allergiques ? (médicamenteuse, alimentaire) : oui non

Si oui, lesquelles ? (attention une prescription médicale peut être demandée)

⊕ Votre enfant suit-il un traitement ? oui non

Si oui, lequel ?

⊕ Recommandations utiles des parents : (port de lunettes, de prothèses auditives/dentaires, régime alimentaire, sans porc, sans viande, halal) :

⊕ Autres :