



ANNEE 2019



Renseignements sur le Jeune

Merci de porter à notre connaissance toute particularité liée à la santé de l'enfant (Traitement, allergies, soins, ...)

.....
.....

Est il à jour de ses vaccinations ? OUI – NON (*) Copie à fournir

Votre enfant est il autorisé à repartir seul en cas de fin d'activité en dehors des horaires annoncés selon le programme (Mercredis/Vacances Scolaires) que NOUS VOUS INVITONS à vous fournir régulièrement (cf. règlement d'Organisation Intérieur #ROI)
OUI – NON*

Si non merci de prendre vos dispositions pour le récupérer selon les horaires de son programme d'activités (Le Club Ados n'est pas une « garderie »/L'Ado le fréquentant doit être autonome)

Si non Personne Habilitée à le récupérer :.....
son N° de Téléphone :.....
une pièce d'identité pourra être demandée

CONTRAT D'ACCOMPAGNEMENT A LA SCOLARITE/LALP

Souhaite t'il participer à l'Espace d'accompagnement à la Scolarité ? OUI - NON

Si oui quel (s) jour (s) : **O Lundi O Mardi O Jeudi O Vendredi**

L'accueil est organisé à partir des heures de sortie des collégiens (à partir de 15h30/16H00 jusque 18H00 **MAXIMUM**) #Gouter offert/Accueil gratuit dans la limite des places disponibles après inscription et rencontre avec les parents (souhaitable)

Conformément à notre règlement d'organisation interne **LALP/CLAS** nous vous rappelons que **les entrées et sorties sont « libres »** (sauf avis expressément notifié par écrit des parents). Chacun est libre de venir et de sortir de l'espace d'accueil selon sa volonté durant les jours et horaires d'ouvertures en semaine. En inscrivant votre enfant vous déclarez avoir pris connaissance des règlements en usage à ce jour (disponible aussi sur www.centresocialconde.fr)

Je soussigné Mme, Mr.....autorise à ces conditions que mon enfantparticipe à l'accueil CLAS/LALP

Fait à.....Le
Signatures des parents (précédées de la mention manuscrite Lu et approuvé)

* RAYER MENTION INUTILE



FICHE DE RENSEIGNEMENTS INSCRIPTION

CONDE CLUB ADOS/LALP/CLAS

Les parents ou responsables légaux déclarent avoir pris connaissance du règlement d'organisation intérieur de fonctionnement (CLAS/LALP) et l'acceptent en totalité

Renseignements sur le Jeune

Nom :.....Prénom :.....

Date et lieu de Naissance :.....

Nationalité :.....

Age :.....ans - Ecole Fréquentée :.....

Classe :.....Son N° de Tel portable.....

Son adresse profil Facebook :.....

Sexe : Masculin Féminin

- **Possède une Carte Identité OUI – NON (*)**
- **Autorisation Permanente de Sortie Territoire OUI - NON (*)**
- **Votre enfant sait il nager ? OUI – NON (*)**
- **Brevet 50 m : OUI – NON (*) à fournir**
- **Est il malade en bus ? OUI – NON (*)**
-

Responsable légal de l'Enfant (Mère, Père, Tuteur)

Nom Prénom :.....

N° d'Allocataire à la Caisse d'Allocations Familiales de Valenciennes (joindre copie de la carte) :

NOM de l'ALLOCATAIRE :.....

Votre N° Téléphone personnel (fixe) :.....

Votre N° Téléphone personnel (portable) :.....

N° Tel (famille ou voisin) :.....

* RAYER MENTION INUTILE

RENSEIGNEMENTS SUR LES RESPONSABLES du Mineur

Nom de la Mère, Tutrice, ... :
Date et lieu de Naissance :
Adresse :
.....
Tel fixe : **Tel portable :**
e-mail :
Tel professionnel : **Lieu de travail :**
Employeur :
Activité professionnelle :
Nationalité :
Situation matrimoniale (*) :
Mariée – Concubinage – Célibataire – Veuve – Séparée – Autre
Autre :
N° sécurité sociale :
Mutuelle

Nom du Père, Tuteur :
Date et lieu de Naissance :
Adresse :
.....
Tel fixe : **Tel portable :**
e-mail :
Tel professionnel : **Lieu de travail :**
Employeur :
Activité professionnelle :
Nationalité :
Situation matrimoniale (*) :
Mariée – Concubinage – Célibataire – Veuve – Séparée – Autre
Autre :

N° sécurité sociale :
Mutuelle

Si couple séparé fournir jugement sur droit de garde de l'enfant

AUTORISATIONS DIVERSES

Autorisation d'Intervention d'Urgence

Je soussigné (e), Madame, Monsieur, (*)
.....responsable de l'enfant
.....autorise les responsables du Centre Social à
prendre toutes les mesures jugées utiles en cas d'accident mineur ou
majeur et, si nécessaire à le faire transférer dans un centre hospitalier le
plus proche par les services d'urgence.

Veillez nous préciser votre N° de Sécurité Sociale de rattachement de l'enfant :

.....
Veillez nous préciser ici toute particularité liée à l'état de santé de votre
enfant (allergie, régime alimentaire,)

.....

Autorisation de Sortie et de Participation aux Activités

Je soussigné (e), Madame, Monsieur, (*)

.....autorise mon enfant

.....à participer sans restrictions aux sorties et
activités diverses proposées dans le cadre du Centre de Loisirs. Je m'engage à
m'informer régulièrement du contenu des activités et de toute modification
éventuelle pouvant intervenir dans le programme. Compte tenu de l'utilisation
potentielle de photos, vidéo,....sur des tracts, voix de presse, site Internet,
etc...j'autorise également les responsables du Centre à utiliser « l'image » (photo,
vidéo,...) de mon enfant et renonce à mes droits à l'image. Enfin je déclare avoir
pris connaissance de la charte de vie et du règlement intérieur du LALP/Club Ados

Fait à.....Le

Signatures des parents (précédées de la mention manuscrite Lu et approuvé)

(*) Rayer mention inutile