



DOSSIER D'INSCRIPTION

Local Jeunes / Alsh Ados

ANNEE 2020-2021

N° CAF : ou MSA :

Votre quotient familial :

Justificatif à joindre à votre dossier

Nom du représentant légal :

PERE

MERE

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Adresse :

Adresse :

Nombre d'enfants à charge :

Nombre d'enfants à charge :

Tél domicile :

Tél domicile :

Tél travail :

Tél travail :

Portable :

Portable :

E-mail :

E-mail :

N° assurance responsabilité civile (obligatoire) :

Coordonnées de la compagnie :

Justificatif à joindre à votre dossier

Inscription de l'adolescent (un dossier par inscription)

NOM : PRENOM :
Date de naissance : / /
Etablissement Fréquenté : Classe :
Commune :
Portable : E-mail :
Mon adolescent : sait nager ne sait pas nager

MEDICAL

Médecin Traitant :

N° de Tél :

Date dernier rappel DT POLIO :

Groupe sanguin :

ALLERGIES :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Médicamenteuse |
| <input type="checkbox"/> Alimentaire (quels aliments ?)..... | <input type="checkbox"/> Autres : |
| | |

L'adolescent suit-il un traitement ? si OUI lequel ? :
.....

Recommandations utiles des parents. Mon adolescent porte :

- Des lunettes ou lentilles
- Des prothèses auditives
- Des aérateurs Trans tympaniques (ou « yo-yo »)
- Des prothèses dentaires
- Autres appareillages, précisez :
.....

Autres recommandations utiles :
.....

Nom et N° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement en cas d'urgence :

TARIFICATION DES ACTIVITES ETE 2020

CDC le Gesnois Bilurien	QF < 500	QF 501-700	QF 701-900	QF 901-1100	QF 1101-1300	QF 1301-1500	QF >1501
Journée avec repas	10.60€	11.40€	12.20€	13€	13.80€	14.60€	15.40€
Forfait 2 jours consécutifs avec repas	18.02€	19.38€	20.74€	22.10€	23.46€	24.82€	26.18€
Forfait 5 jours	45.05€	48.45€	51.85€	55.25€	58.65€	62.05€	65.45€
Péri centre ½ heure (*)	0.42€	0.52€	0.62€	0.72€	0.82€	0.92€	1.02€

TARIFICATION ADHESION AU LOCAL JEUNES A L'ANNEE

Adhésion annuelle	4€	5€	6€	7€	8€	9€	10€
	4.80€	6€	7.20€	8.40€	9.60€	10.80€	12€
	(hors CDC)	(hors CDC)	(hors CDC)	(hors CDC)	(hors CDC)	(hors CDC)	(hors CDC)

LES AUTORISATIONS

J'autorise:

- mon adolescent à participer aux activités du Local Jeunes y compris celles organisés hors de la commune..... OUI - NON
- mon adolescent à rentrer seul après les activités OUI - NON
- le personnel à transporter ou faire transporter mon adolescent dans le cadre des activités du Local (car, minibus, voiture...) OUI - NON
- le personnel à photographier ou filmer mon adolescent lors des activités du Local Jeunes OUI - NON
- le personnel à administrer les éventuelles médications prescrites par notre médecin et sur présentation de l'ordonnance OUI - NON
- l'équipe de direction à prendre les mesures d'urgences en cas d'accident impliquant mon adolescent OUI - NON

JONDRE A CE DOSSIER

- La fiche sanitaire de liaison dûment remplie
- Attestation de responsabilité civile extrascolaire

Je (Nous) soussigné(s),responsable(s) légal(aux) de l'adolescent certifie(ions) sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.

Signatures du ou des responsables légaux,