



# Centre Social Mosaïques

## Fiche d'inscription Espace jeunes 2019 2020

### Renseignement du jeune

Nom : ..... Prénom : .....  
Date naissance : ..... F  M   
Téléphone portable du jeune : .....  
Email du jeune : .....

Quotient familial :  
Aide journalière :  
Aide VACAF :  
N° allocataire :

### Collège

En quelle classe est votre enfant : .....  
Collège de Jassans-Riottier :  OUI  NON

### Droit à l'image

J'autorise le Centre Social Mosaïques à utiliser, dans le cadre de ses documents de communication, de son site internet et des réseaux sociaux, toute image photographique ou vidéo sur laquelle pourrait figurer mon enfant.  OUI  NON

### Autorisation de sortie pour activité et départ du centre.

J'autorise mon enfant à participer à toutes les sorties dans le cadre de l'espace jeunes et des temps périscolaires. Les enfants seront tout le temps accompagnés d'adultes responsables. Lors de sortie en vélo, le casque est obligatoire et le matériel doit être fourni par les parents. Le centre social décline toute responsabilité sur la qualité du matériel fourni par les familles.

OUI  NON

J'autorise mon enfant à partir seul du centre social à la fin journée.

- NON  
 OUI (fournir un justificatif)  
 Occasionnellement (fournir un justificatif)

### Les parents

Situation familiale :  Marié/Pacsé/Concubin  Célibataire   
Régime général  MSA  Autre

Père/Mère : ..... Email obligatoire : .....  
Adresse : ..... Code Postal : ..... Ville : .....  
Téléphone Perso: ..... Téléphone pro : .....

Père/Mère : ..... Email obligatoire : .....  
Adresse : ..... Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone Perso: ..... Téléphone pro : .....

## Personnes autorisées à venir récupérer votre enfant ou à contacter en cas d'urgence

Nom : ..... Prénom : ..... N° de tél : .....

Nom : ..... Prénom : ..... N° de tél : .....

Nom : ..... Prénom : ..... N° de tél : .....

## FICHE SANITAIRE – informations médicales

Vaccin	Date du dernier rappel
DT-Coq-Polio	

### Problèmes de santé et recommandations

.....  
.....  
.....  
.....

**Régime Alimentaire**     Sans Viande

**Allergies**    Asthme                     OUI  NON

                  Médicamenteuse     OUI  NON                    si oui précisez : .....

                  Alimentaire                 OUI  NON                    si oui précisez : .....

                  Autres                         OUI  NON                    si oui précisez : .....

**Merci de fournir le PAI lors de procédure médicale. Aucun médicament ou traitement sera administré sans autorisation médicale.**

Je soussigné, ..... Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et m'engage à rembourser au centre social le montant des frais médicaux. Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du centre et m'engage à le respecter.

Fait à .....

Le.....

Signature obligatoire :