



SERVICE JEUNESSE

Dossier d'adhésion 2020

INFORMATIONS CONCERNANT L'ADHERENT(E)

Nom : Prénom : Sexe : M F

Date de naissance : / / Lieu de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

(Cette adresse sera utilisée pour la facturation des activités)

Téléphone personnel de l'adhérent(e) : / / / / *(facultatif)*

Mail personnel de l'adhérent(e): *(facultatif)*

Régime Allocataire : CAF MSA Autre, précisez :

Numéro allocataire :

Numéro : de l'adhérent(e) du père de la mère

INFORMATIONS CONCERNANT LA FAMILLE

Situation familiale : célibataire marié(e)/pacsé(e) veuf(ve) séparé(e)

Père

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

☎ domicile : / / / /

☎ portable : / / / /

☎ travail : / / / /

Adresse mail :

Autorité parentale du père : oui non

Mère

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

☎ domicile : / / / /

☎ portable : / / / /

☎ travail : / / / /

Adresse mail :

Autorité parentale de la mère : oui non

Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles concernant l'adhérent. Merci de la remplir dans son intégralité.

1- Vaccinations:

(Se référer au carnet de santé ou de vaccination de l'adhérent)

Nom	Oui	Non	Date dernier rappel
DTP ou Tétracoq (OBLIGATOIRE)			
Hépatite B			
ROR			
BCG			
Coqueluche			
Autres :			

2- Renseignements médicaux :

L'adhérent suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'adhérent, avec la notice. AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE.

Allergies :

Asthme : oui non

Médicamenteuse : oui non

Alimentaire : oui non

Autres :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

L'adhérent a-t-il des difficultés de santé ? (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, ...) oui non

Si oui, précisez les dates et/ou les précautions à prendre :

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

3- Recommandations utiles

L'adhérent porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives des prothèses dentaires, ... ?
 oui non

Si oui, précisez :
.....
.....

- Médecin traitant :

Nom :ville :

Téléphone du médecin traitant : / / / /

Autorisations

Je, soussigné(e)

adhérent (si majeur)

père mère représentant légal de l'enfant

- Autorise le Service Jeunesse de la Communauté de Communes Saint-Méen-Montauban à utiliser l'image de mon enfant / mon image (pour les adhérents majeurs) à titre gratuit pour la promotion des actions du service :

Oui Non

Nous vous informons que l'image de votre enfant sera utilisée uniquement sur les supports suivants : site internet du service, presse locale, réseaux sociaux, expositions et autres publications de la Communauté de Communes.

- Certifie exacts les renseignements portés sur le dossier d'adhésion et sur la fiche sanitaire de liaison
- Autorise les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale et m'engage à rembourser les dépenses engagées par la structure dans le cadre de cette urgence.
- M'engage à régler la totalité des frais liés aux inscriptions de mon enfant (adhésion, sorties, ateliers, séjours, ...) *sauf en cas d'absence justifiée par un certificat médical présenté dans les 15 jours suivants l'activité en question.*

Fait à : Le :

Signature :