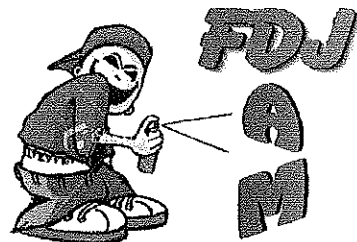


CLSH
11-17 ANS



DAMELEVIERES

Dossier d'inscription Foyer des Jeunes Vacances ETE 2017

PIECES A FOURNIR

- Fiche d'Inscription** avec toutes les mentions complétées
- Fiche médicale recto-verso** (pas de photocopies du Carnet de Santé). **Remplir** les tableaux de vaccination. Précisez les allergies éventuelles et précautions particulières.
- Planning de présence**
- Photocopie de l'Attestation Aide aux Vacances de la CAF 2017
- Photocopie de l'Attestation de l'Assurance Responsabilité Civile.**
- Feuille d'imposition 2016**

MERCI

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSE

FICHE D'INSCRIPTION ETE 2017 POUR LES 10-17 ANS

ADOLESCENT

Nom : Prénom :

Né le : Age : Sexe F M







N° portable de l'ados :

Carte d'adhésion Oui Non

Une adhésion de 5 € au Foyer des Jeunes est obligatoire à partir de 3 passages au local jeunes ou après la participation du jeune à une activité spécifique. L'adhésion est valable du 1er Janvier au 31 Décembre.

Cette adhésion a pour objectif de favoriser l'engagement des jeunes dans le projet de la structure, en les impliquant et en les responsabilisant vis-à-vis de cette dernière. Les inscriptions se font auprès du responsable du Foyer.

PERE - MERE - RESPONSABLE LEGAL DE L'ADOLESCENT

PERE	MERE
NOM	NOM.....
PRENOM	PRENOM
PROFESSION	PROFESSION.....
ADRESSE	ADRESSE.....
.....
.....
 pers	 pers.....
 port	 port.....
 prof	 prof.....

N° CAF Envoi de la facture Mère Père Autre
CAF PRO Oui Non

Aide aux Vacances Oui à fournir Non

AUTORISATIONS

Nous autorisons l'Ados :

- à partir seul après les activités en journée Oui Non
- à partir seul après les activités en soirée Oui Non

et nous autorisons :

- la publication des photographies Oui Non
et/ou vidéos de l'ados, prises par le Foyer des Jeunes
(page Facebook, Site Internet de la ville, expositions, programmes)

Fait à Damelevières le2017
Signatures des parents

PLANNING DE PRESENCE ETE 2017

Faites votre choix

↳ En cochant la ou les case(s) correspondante(s) au(x) jour(s) de présence(s)

↳ En entourant les abréviations correspondantes :

Si l'Ados se rend à l'Accueil (aux P'tits Loups) les Matins (AM) – les Soirs (AS)

S'il prend ses Repas à la cantine (R) ou Sans Repas (SR)

Semaine 1 – du 10 au 13 Juillet

Lundi 10 Juillet AM R SR AS
 Mardi 11 juillet AM R SR AS
 Mercredi 12 Juillet AM R SR AS
 Jeudi 13 Juillet AM R SR AS

Semaine 2 – du 17 au 21 Juillet

Lundi 17 Juillet AM R SR AS
 Mardi 18 Juillet AM R SR AS
 Mercredi 19 Juillet AM R SR AS
 Jeudi 20 Juillet AM R SR AS
 Vendredi 21 Juillet AM R SR AS

Sortie Aventure Parc le mercredi 19

Semaine 3 – du 24 au 28 Juillet

Lundi 24 Juillet AM R SR AS
 Mardi 25 Juillet AM R SR AS
 Mercredi 26 Juillet AM R SR AS
 Jeudi 27 Juillet AM R SR AS
 Vendredi 28 Juillet AM R SR AS

Baptême de l'air le samedi 29

Semaine 5 – du 31 Juillet au 4 Août

Lundi 31 juillet AM R SR AS
 Mardi 1er Août AM R SR AS
 Mercredi 2 Août AM R SR AS
 Jeudi 3 Août AM R SR AS
 Vendredi 4 Août AM R SR AS

Sortie au cinéma le mercredi 2

Semaine 6 – du 7 au 11 Août

Lundi 7 Août AM R SR AS
 Mardi 8 Août AM R SR AS
 Mercredi 9 Août AM R SR AS
 Jeudi 10 Août AM R SR AS
 Vendredi 11 Août AM R SR AS

Semaine 7 – du 16 au 18 Août

Lundi 14 Août Fermé
 Mardi 15 Août Férié
 Mercredi 17 Août AM R SR AS
 Jeudi 18 Août AM R SR AS
 Vendredi 19 Août AM R SR AS

Semaine 7 – du 21 au 25 Août

Lundi 21 Août AM R SR AS
 Mardi 22 Août AM R SR AS
 Mercredi 23 Août AM R SR AS
 Jeudi 24 Août AM R SR AS
 Vendredi 25 Août AM R SR AS

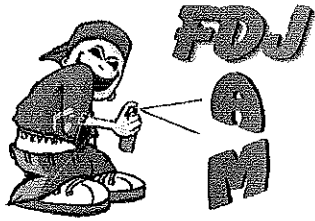
Prévoyez tous les jours un sac de piscine avec crème solaire, maillot de bain, serviette, lunettes et casquette.

En cas d'urgence, vous pouvez téléphoner au FOYER DES JEUNES au 03 83 73 60 63.

Toute inscription est définitive et facturée par le Trésor Public.

Le 2017

Signatures des Parents



FICHE SANITAIRE DE L'Adolescent

Nom :

Prénom :

N° Portable :

Date naissance :

Garçon

Fille

Taille : Poids : Groupe sanguin :

Responsables de l'Adolescent

Nom Prénom

Adresse

Téléphone

Mère : Domicile portable travail

Père : Domicile portable travail

Assurances

N° Sécurité Sociale :

L'Adolescent est assuré par :

N° adhérent : Assurance :

Renseignements médicaux concernant l'Adolescent

Nom et téléphone du Médecin Traitant :

A-t-il eu les maladies suivantes ?

Rubéole - Oreillons - Rougeole - Scarlatine - Coqueluche - Varicelle - Angine - Otite - Rhumatisme

Allergies

Asthme Oui Non Médicamenteuses Oui Non

Alimentaires Oui Non Autres

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir avec une ordonnance médicale si traitement :

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre:

Vaccinations

L'Adolescent est-il à jour dans ses vaccinations ? Oui Non Rappel à faire le :

Informations complémentaires (à renseigner obligatoirement) :

L'Adolescent porte-t-il des :

Lentilles Lunettes Prothèses auditives Prothèses ou Appareils dentaires

autres recommandations (ex : qualité de peau, crème solaire ...)

Traitement médical pendant la période

L'adolescent suit-il un traitement médical pendant la période ? Oui Non

si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'ados avec notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Merci de nous tenir régulièrement informé.

Autorisation Parentale

Nous, soussigné(e)s, responsables légaux de l'adolescent, déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorisons le responsable de séjour à prendre, le cas échéant, toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaire par l'état de l'enfant.

Le :

Signatures des Parents