

Fiche d'ADHESION

Du 06/01/2025 au 31/12/2025

Inscription Réinscription Adhésion

**Photo
(Facultatif)**

1 - Identité du Jeune :

NOM : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Sexe : M F

N° Mobile du Jeune :/...../...../...../.....

Adresse :

CP – VILLE :

Si scolarisé, NOM DE L'ETABLISSEMENT :

VILLE : Classe fréquentée :

Régime alimentaire spécifique : non oui (à préciser)

2 - Responsables légaux

Parent 1 (ou représentant légal)

Parent 2 (ou représentant légal)

NOM : NOM :

Prénom : Prénom :

Adresse : Adresse :

CP – VILLE : CP – VILLE :

Tél. Portable : Tél. Portable :

Tél. Professionnel : Tél. Professionnel :

Tél. Domicile : Tél. Domicile :

Diffusion d'information en lien avec la jeunesse Diffusion d'information en lien avec la jeunesse

Si vous le souhaitez, indiquez votre mail Si vous le souhaitez, indiquez votre mail

@ courriel : @ courriel :

Personne(s) à contacter en cas d'urgence et d'indisponibilité des représentants légaux

NOM Prénom : Tél. Portable :/...../...../...../.....

NOM Prénom : Tél. Portable :/...../...../...../.....

NOM Prénom : Tél. Portable :/...../...../...../.....

1- Renseignements médicaux

Merci de prendre le temps de renseigner le tableau ci-dessous et de joindre à la présente fiche, une copie des pages de vaccinations.

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
DT Polio				Poliomyélite	
Ou Tétracoq / Pentacoq				Hépatite B	
Diphthérie				Rubéole-Oreillons-Rougeoles	

Le jeune bénéficie-t-il d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ? Oui Non

Si oui, merci de nous fournir une copie du document, accompagné du traitement (NOM et Prénom inscrit sur chaque boîte).

Précisez la cause :

Médicamenteuses : oui – non Alimentaires : oui – non Respiratoires : oui – non

Autres :

Conduite à tenir :

Indiquez ci-dessous les éventuels autres problèmes de santé (en dehors d'un PAI) :

(Allergies, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations, opérations, ...)

.....

Conduite à tenir :

2- Assurances en responsabilité civile

La communauté de communes a conclu une police d'assurance en responsabilité civile. L'enfant doit être couvert par la responsabilité civile de ses parents ou de la personne qui en est responsable.

Je soussigné(e)

Atteste avoir conclu une police d'assurance en responsabilité civile.

NOM de l'Assureur : **N° :**

3- Autorisations

Pour les mineurs

Pour les majeurs

Je soussigné(e)
 agissant en qualité de : père mère ou représentant légal

Je soussigné(e)

Autorise mon enfant à s'inscrire au service jeunesse BPLC,
Autorise le Service Jeunesse Bretagne Porte de Loire Communauté à exploiter, sur l'ensemble de ses supports pédagogiques et de communication, l'image de mon enfant pour la présentation et l'illustration des actions qui sont menées en direction du service jeunesse.
Autorise mon enfant, à rentrer seul(e) lors des soirées organisées par le service (au-delà de 19h00) : oui – non

Autorise la Communauté de communes à exploiter, sur l'ensemble de ses supports pédagogiques et de communication, mon image pour la présentation et l'illustration des actions qui sont menées en direction du service jeunesse.

Autorise les agents du service jeunesse de Bretagne Porte de Loire Communauté à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (soins, appel au secours, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires en cas d'accident.

Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure :

Atteste avoir pris connaissance que la structure fonctionne sur le principe d'une structure ouverte. De ce fait, les jeunes arrivent et repartent à tout moment durant les heures d'ouvertures.

Accepte que les informations renseignées dans ce formulaire soient exploitées dans le cadre des activités du service jeunesse de la communauté de communes.

Ces données seront conservées : 1 an.

Pour connaître et exercer vos droits, notamment d'accès, de modification ou de retrait de votre consentement à l'utilisation des données collectées dans ce formulaire, veuillez prendre contact avec le service jeunesse ou à un service en charge du traitement desdites données.

Fait le/...../20 **Signature(s) :**