

Dossier d'inscription Service Jeunesse 202...

Nom :

Prénom :

Numéro portable :

Date de naissance :

Adresse :

Nom et Prénom (responsable 1) :

Numéro de téléphone :

Mail :

Nom et Prénom (responsable 2) :

Numéro de téléphone :

Mail :

Nom du responsable légal si différent :

Adresse du responsable :

N° de téléphone domicile :

Numéro téléphone portable :

Mail :

Documents à joindre + cotisation annuelle de 1€

Photocopie de l'attestation de sécurité sociale

Un test d'aisance aquatique (pour toutes activités aquatiques)

Autorisation de sortie

J'autorise mon fils/ma fille à participer aux activités et aux sorties du service jeunesse dont les transports peuvent être proposés avec des véhicules 9 places communautaires conduits par les animateurs :

J'autorise mon fils/ma fille à rentrer seul/seule de l'Espace Jeunes après les activités :

OUI NON

Personnes autorisées à récupérer mon fils/ma fille :

Nom : Prénom :

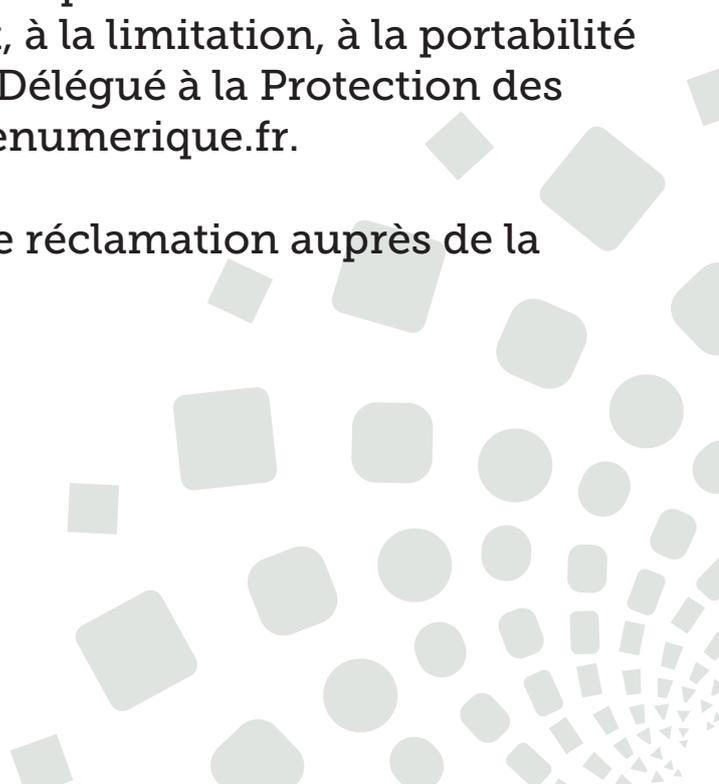
Droit à l'image

J'autorise La Cali à utiliser l'image de ma fille ou de mon fils sur ses outils de communication.

OUI NON

Conformément au Règlement Général pour la Protection des Données (« RGPD ») du 27 avril 2016 et à la loi informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, à l'effacement, à la limitation, à la portabilité ainsi qu'à opposition en contactant le Délégué à la Protection des Données à cette adresse rgpd@girondenumerique.fr.

Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la CNIL en cas de méconnaissance.



Fiche Sanitaire

Allergies :

Asthme : OUI NON

Médicamenteuse : OUI NON

Alimentaire : OUI NON

Autres : OUI NON

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir
(si automédication, le signaler) :

.....
.....

Régime alimentaire particulier :

.....
.....

Nom du médecin traitant:

Adresse :

Autres difficulté de santé:

Bénéficiaire de l'allocation AEEH : OUI NON

Vaccins obligatoires :

Diphtérie : OUI NON

Date du dernier rappel :

Tétanos : OUI NON

Date du dernier rappel :

Poliomyélite : OUI NON

Date du dernier rappel :

ROR : OUI NON

Date du dernier rappel :

Je soussigné

atteste que mon enfant est à jour des vaccinations obligatoires
demandées dans les accueils collectifs de mineurs, déclare exacts
les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable
de l'encadrement à prendre toutes décisions d'ordre médical qui
concernent mon enfant.

Par ailleurs, je m'engage à signaler toute modification concernant
la santé de mon fils/ma fille.

Signature :