Cher(s) parent(s),

Pour profiter des activités mises en place par l’accueil de loisirs 12-17 ans, il est nécessaire de nous faire parvenir les documents suivants :

|  |
| --- |
| □ Dossier d’inscription dûment complété□ Test d’aisance aquatique□ Photocopies du carnet de vaccination à jour□ Un règlement de 3€ pour l'année civile□ Deux photos d’identité |

N.B : Après trois relances, nous serons dans l’obligation de refuser l’accueil du jeune si le dossier est incomplet

|  |
| --- |
| Carte d’adhésion |

Lors du dépôt des documents, une carte d’adhésion sera remise au jeune. Elle lui permettra de fréquenter l’accueil de loisirs et de pouvoir s’inscrire aux activités organisées tout au long de l’année.

**Cette carte permet aussi au jeune de bénéficier :**

* D’une remise de 50 % sur les spectacles aux Arcs (hors production)

*Demande à formuler au Point Information Jeunesse*

Vous remerciant par avance, nous vous prions d'agréer, cher(s) parent(s), nos salutations distinguées.

L’équipe d’animation

|  |  |
| --- | --- |
| Carte payée : | Carte validée : |

|  |  |
| --- | --- |
| **Le Jeune****Nom :………………………………………………………………………………..…….………………………………………………****Prénom : ………………………………………. ………………………..……………….………………………………...…..……****Date de naissance : ……………………………………………………………… Age : ………………….****Adresse : ………………………………………. ……………………………..…………..………………….…………………….** **…………………………………………………………….….……………………………………………..…………...…...…………………….** **E-mail : …………………………………….……. …………………….………………………………..……………………………** | **Photo** |
| **Téléphone portable du jeune :** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Père - Mère - Tuteur légal 1 |
| NOM |  |
| Prénom |  |
| Adresse |  |
| E-mail (important) |  |
| Téléphone domicile |  | Portable : |  |
| Téléphone travail |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Père - Mère - Tuteur légal 2 |
| NOM |  |
| Prénom |  |
| Adresse |  |
| E-mail (important) |  |
| Téléphone domicile |  | Portable : |  |
| Téléphone travail |  |

**Autres personnes à contacter en cas d’urgence :**

Nom : Téléphone :

**Régime de la Caisse d’Allocations Familiales** :

□ Régime général □ Régime agricole

**Numéro d’allocataire** : ……………………………………………………………………….

□ Autorisation de consulter CAF Pro □ Autorisation de consulter MSA Pro

|  |
| --- |
| RENSEIGNEMENTS MEDICAUX |

* **copie du carnet de santé pour les vaccins obligatoires.**
* Indiquer tout problème de santé (audition, vue….)

…………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| **pathologies** | **Traitement médical**  |
| Asthme | OUI O NON O |  |
| Alimentaires | OUI O NON O |  |
| Médicamenteuses | OUI O NON O |  |
| Autres (à préciser) | OUI O NON O |  |

* Préciser la cause et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

………………………………………………………….………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………...

* Traitement médical OUI O NON O

*(Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance)*

* Recommandations utiles des parents : …………………...……………………………..

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération …) précisez les dates et les précautions à prendre.

…………………………………………………………………………………………………..

Nom du médecin de famille : ………………...…………………………………………………

Régime alimentaire : ……………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| AUTORISATIONS |

□ **J’autorise** mon enfant à fréquenter l’Accueil de loisirs « La Ferme de Kerzec » et à participer aux activités proposées durant les vacances scolaires **sous réserve d’inscriptions préalables.**

□ **J’autorise** mon enfant à participer à des actions en dehors des vacances scolaires. *Des activités peuvent être mises en place les mercredis ou samedis.*

□ **J’autorise** les responsables de l’ALSH à prendre toutes les mesures d’urgence (hospitalisation, SAMU, pompiers) rendues nécessaires par l’état de l’enfant.

□ **J’autorise** mon enfant à quitter seul le local.

□ **Je n’autorise PAS** mon enfant à quitter seul l’accueil de loisirs. Je m’engage à venir le chercher.

□  **J’autorise** le responsable et l’équipe d’animation à utiliser l’image de mon enfant dans le cadre de la communication de l’ALSH.

□ **Je refuse** l’utilisation des photos de mon enfant.

Je soussigné (e) ……………………………………… responsable légal du mineur déclare exact tous les renseignements portés sur ce dossier. Je décharge l’organisateur de toutes responsabilités en cas d’accident qui pourrait survenir en dehorsdes heures et des lieux où se déroulent les activités.

**Un bulletin d’inscription doit être rempli pour chaque activité et sortie (voir annexe).**

|  |
| --- |
| Dans le cadre du partenariat avec la CAF, la ville de Quéven propose une tarification modulée, basée sur le quotient familiale (QF). |

Pour les activités extérieures se terminant après 19h, le jeune sera déposé directement au domicile *(uniquement pour les jeunes de Quéven et Gestel).*

A ............................................. le....................................................................

**Signature du responsable légal : Signature du jeune :**

|  |
| --- |
| Je soussigné (parent, tuteur) : ………………………………………………………………..........Autorise (Nom et prénom de l’enfant) : ………………………………………………………...…Adresse : ………………………………………………………………………………………......Téléphone : ……………………………………………………………...….…………………......**A Participer aux activités :** ……………………………………….Le…………………Rdv à : …..H…. à………………. …………………………………………Le…………………Rdv à : …..H…. à………………. …………………………………………Le…………………Rdv à : …..H…. à………………. …………………………………………Le…………………Rdv à : …..H…. à………………. …………………………………………Le…………………Rdv à : ......H…. à………………. …………………………………………Le…………………Rdv à : …..H…. à………………. …………………………………………Le…………………Rdv à : …..H…. à……………….Retour :* Pour les activités extérieures se terminant après 19h, le jeune sera déposé directement au domicile

 A Quéven, le Signature *Actus, projets, souvenirs... Retrouvez-nous sur les réseaux sociaux* C:\Users\levin\Downloads\Facebook_Icon.png **C:\Users\levin\Downloads\instagram.jpg** **C:\Users\levin\Downloads\Cbz4ygfWAAABmYP.png** |