



**Cadre réservé à l'administration**

Dossier arrivé le : \_\_/\_\_/\_\_ Enregistré le \_\_/\_\_/\_\_

Par : \_\_\_\_\_ PAI : \_\_\_\_\_

**L'adhésion de 5 euros sera facturée par le Trésor Public**

**INSCRIPTION ESPACE JEUNES 11/17 ANS  
01 JANVIER AU 31 DÉCEMBRE 2022**

**JEUNE INSCRIT**

Nom – Prénom : ..... Collège / Lycée : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Numéro de téléphone portable : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Numéro de sécurité sociale : .....

Nom – adresse Assurance : ..... - Numéro police : .....

**REPRÉSENTANTS LÉGAUX**

**REPRÉSENTANT 1 :**  
Allocataire CAF ou MSA  Mère  Père

Nom – Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone(s) : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Adresse Mail : .....

**REPRÉSENTANT 2 :**  Mère  Père

Nom – Prénom : .....

Adresse (si différente) : .....

Téléphone(s) : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Allocataire :**  CAF  MSA

N° CAF ou MSA : .....

**SANTÉ**

Nom du médecin traitant : ..... Téléphone : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Affections ou maladies particulières \* :

Allergies \* (alimentaires, médicamenteuses, etc...) :

Restriction alimentaire : .....

Autre problème important de santé que vous souhaitez signaler :

*\* En cas d'allergie alimentaire et/ou problème de santé, les parents doivent établir un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) en sollicitant le directeur d'école et le médecin scolaire. Sans PAI signé, l'enfant ne pourra être accueilli aux activités 12/17 ans. Un certificat médical est obligatoire*

Je soussigné(e) .....  
représentant légal de l'enfant .....

- Autorise le transport de mon enfant et permet toute intervention chirurgicale jugée utile à l'état de santé mon enfant :  oui  non
- Autorise mon enfant à rentrer seul au domicile après une activité :  oui  non
- Autorise mon enfant à venir et repartir librement sur l'espace jeunes du Secteur J  oui  non
- Autorise les services de la Ville de La Chapelle-sur-Erdre à utiliser l'image de mon enfant sur support photographique ou informatique afin d'illustrer éventuellement les supports municipaux d'information et de communication (magazine, site Internet de la Ville, album photo...)  oui  non
- Atteste l'exactitude des renseignements portés dans le présent formulaire et m'engage à signaler tout changement éventuel à la Direction de l'Animation
- Déclare être titulaire d'un contrat d'assurance pour les activités scolaires, périscolaires et extra scolaire de mon enfant
- M'engage à régler l'adhésion de 5 euros envoyée par le Trésor Public

Fait à :

Le :

Signature :

**Documents à fournir impérativement lors de l'inscription :**

- Copie des pages « vaccinations Diphtérie / tétanos / Polio » du carnet de santé ;
- Si vous êtes allocataire de la Caisse d'Allocations Familiales, une copie de l'attestation indiquant votre numéro allocataire ou si vous êtes allocataire MSA, une copie de l'attestation indiquant votre numéro d'affiliation MSA  
Ou à défaut, une copie du dernier avis d'imposition de chaque représentant du foyer fiscal où vit l'enfant ;
- L'adhésion annuelle de 5 euros sera facturée par le Trésor Public le mois après votre inscription.