

Du 1^{er} janvier
au 31 août 2025

ADHÉSION À 1,10 €
pour les thononais !



DOSSIER D'INSCRIPTION

Club jeunes 11-17 ans

Parent 1 Autorité parentale : oui non

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse (si différente de celle de l'enfant) :

Code postal :

Ville :

Situation familiale¹ :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

e-mail :

Profession :

Employeur :

Téléphone travail :

¹ : Célibataire - Marié(e) - Veuf(ve) - Séparé(e) - Concubin(e) - Pacsé(e) - Divorcé(e)

Parent 2 Autorité parentale : oui non

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse (si différente de celle de l'enfant) :

Code postal :

Ville :

Situation familiale¹ :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

e-mail :

Profession :

Employeur :

Téléphone travail :

✓ N° allocataire CAF :

✓ Quotient familial :

Pièces à joindre au dossier

- Justificatif de domicile de moins de 3 mois (facture EDF, de box internet, attestation d'assurance habitation).
- Notification CAF du quotient familial de moins de 3 mois ou dernier avis d'imposition du foyer.
- Attestation d'assurance extrascolaire ou numéro de contrat d'adhésion.
- Copie des vaccins obligatoires.
- Fiche sanitaire de liaison.
- 1 photo d'identité.

Tout dossier incomplet sera refusé.



À RENOUELER CHAQUE ANNÉE

Selon l'activité :

- Attestation de réussite aux pratiques nautiques et aquatiques.
- Autorisation de sortie de territoire.
- Photocopie de la pièce d'identité de l'enfant et du responsable légal.

Enfant



Sexe : F

M

Nom : Prénom :

Né(e) le : / / Commune :

Ecole (à la rentrée 2024) : Classe (à la rentrée 2024) :

Numéro de téléphone de l'enfant :

Compte Snap :

Compte Instagram :

Centres d'intérêt (ex : lecture, sport, dessin, etc) :

.....

.....

.....

Régime alimentaire : Menu classique Menu végétarien tous les jours
 Menu végétarien uniquement en cas de plat contenant du porc

Allergie alimentaire * : Oui Non
Si oui, certificat médical obligatoire

Problème médical à signaler : PAI (joindre protocole) Alimentaire Médicaments
 Suivi MDPH Oui Non

Nature du suivi :

.....

.....

* En cas d'allergie ou autre problème médical lié à l'alimentation, un projet d'accueil individualisé (P.A.I) sera mis en place lors d'un rendez-vous entre la Ville, le médecin et la famille. La famille s'engage à se présenter avec son enfant au rendez-vous avec le carnet de santé et un certificat médical. Le médecin scolaire décidera de la mise en œuvre ou non du P.A.I.

Dans le cas d'un P.A.I., les repas sont préparés par les parents et déposés tous les matins. Le kit panier repas est alors entreposé au réfrigérateur et sera réchauffé dans un four à micro-ondes prévu à cet effet par les agents d'animation.

Autorisations ●

- J'autorise mon enfant âgé de 11 ans ou plus à quitter la structure seul(s) dès l'horaire de fin d'activités.
 - à partir de 17h30 pour les activités en journée
 - à partir de 22h pour les activités en soirée
- J'autorise le personnel de l'animation à filmer ou photographier mon enfant dans le cadre des activités.
- J'autorise les responsables de l'animation à prendre toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, anesthésie, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Contact ●

Personnes à contacter (de + de 18 ans) en cas d'urgence et/ou autorisées à récupérer l'enfant à la sortie (de + de 15 ans)

Nom : À contacter en cas d'urgence Oui Non
Prénom : Autorisé à récupérer l'enfant Oui Non
Lien avec l'enfant : Téléphone portable :

Nom : À contacter en cas d'urgence Oui Non
Prénom : Autorisé à récupérer l'enfant Oui Non
Lien avec l'enfant : Téléphone portable :

Nom : À contacter en cas d'urgence Oui Non
Prénom : Autorisé à récupérer l'enfant Oui Non
Lien avec l'enfant : Téléphone portable :

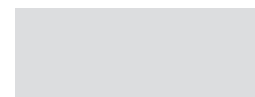
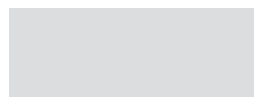
Nom : À contacter en cas d'urgence Oui Non
Prénom : Autorisé à récupérer l'enfant Oui Non
Lien avec l'enfant : Téléphone portable :

- Je certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus.
- J'autorise la mise en œuvre des traitements d'urgence qui peuvent être nécessaires.
- Toute inscription vaut adhésion au règlement intérieur du service (consultable sur demande à l'accueil du service Éducation - Jeunesse et sur le site Internet de la Ville).

Thonon, le / /

Signature parent 1

Signature parent 2



Vous disposez d'un droit d'accès de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent (article 34 de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978). Pour l'exercer, contactez le service Éducation - Jeunesse.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Enfant

Nom : Prénom :

Vaccination

VACCINS OBLIGATOIRES	DATE du dernier rappel
DT polio à jour (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche)	
Tous les vaccins à jour (Coqueluche, hépatite B, rougeole, oreillons, rubéole, bactérie Haemophilus influenzae, pneumocoque, méningocoque C)	

 **Joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé. Si l'enfant n'a pas de carnet de santé, joindre un certificat médical attestant que l'enfant est à jour de ses vaccins.**

Renseignements médicaux

Nom du médecin traitant :

Coordonnées du médecin traitant :

 **Si votre enfant nécessite un suivi particulier (allergie, asthme, handicap, etc) merci d'indiquer les conduites à tenir :**

Si votre enfant possède un PAI, merci de joindre le protocole du médecin.

Aucun traitement médical ne pourra être administré sans ordonnance et sans autorisation écrite.

Je certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Le / / Signature
des responsables légaux 

Vous disposez d'un droit d'accès de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent (article 34 de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978). Pour l'exercer, contactez le service Éducation.