



Mairie de Théza

Inscription 2019

Point Jeunes  ALSH  QF (CAF) :

Nom : ..... Prénom : .....  
Date et lieu de naissance : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Tél. maison : ..... Tél. portable : ..... Email : .....

Signature de l'adhérent :

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Tél maison : ..... Tél portable : ..... Tél bureau : .....  
Email : .....  
N° s. sociale : ..... clé : ..... Assurance et numéro : .....  
N° allocataire CAF : ..... ou MSA : .....  
En cas d'accident, prévenir : ..... N° Tél : .....  
Médecin traitant : ..... N° Tél : .....  
En cas d'urgence, transporter l'enfant à : .....

Autorisation parentale pour le Point Jeunes

Je soussigné(e) ..... autorise mon fils, ma fille, à pratiquer les activités proposées par le Point Jeunes, ainsi qu'à consommer les mets (pâtisseries, tartes sucrées ou salées...) préparés dans le cadre des animations programmées. J'ai bien pris connaissance du ou des règlements intérieurs du Point Jeunes et en accepte le contenu. J'autorise le Point Jeunes à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence et à faire hospitaliser mon enfant si besoin est.

Je consens également à ce que le Point Jeunes diffuse l'image de mon (mes) enfant (s) à travers ses publications : articles de journaux, télévision, site Internet du Point Jeunes (etc...).

Le Responsable de l'enfant s'engage à rembourser les sommes avancées en cas de frais médicaux. De plus, le Point Jeunes ne peut être tenue responsable en cas de perte et de vol, ainsi que non conformité sanitaire des denrées emportées par les adhérents lors des activités (goûter, pique-nique...).

A Théza, le : .....

Signature du Responsable, précédé de la mention <<Lu et approuvé>> :

Documents Obligatoires : - fiche sanitaire de liaison  
- certificat de non contagion et d'aptitude au sport  
- L'avis d'imposition ou de non imposition (uniquement pour les non allocataires caf des P.O)

Pour le Point Jeunes : - une cotisation annuelle de 08 €  
- 05 enveloppes à l'adresse des parents + 1 photo d'identité récente

**NB : Attention tout dossier incomplet sera refusé**

Point Jeunes  
Place de Verdun  
66200 Théza

Tél : 09.65.11.97.01 ou 06.89.02.08.09  
Email : pij@villetheza.fr



**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....  
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussigné, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....  
.....  
.....

**OBSERVATIONS**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....