



**Photo**

(Non obligatoire)

**Dossier d'inscription**

*Espace Jeunes*

**11 ans/ 17 ans**

Nom de l'enfant : ..... Prénom:.....

Numéro de téléphone de l'enfant : .....

Date de naissance : ..... Age :.....

Collège/Lycée : .....

Classe :..... Professeur :.....

Quotient Familial :.....

N° d'Allocataire : .....

N° Sécurité Sociale : .....

Adresse Mail : \_ \_ \_ \_ \_ @ \_ \_ \_ \_ \_

**(En majuscule)**

*Entourer le nom de la personne à facturer*

**Mère**

**Père**

Nom ..... Nom .....

Prénom ..... Prénom .....

Adresse ..... Adresse .....

.....

.....

Tel Portable ..... Tel Portable .....

Tel Travail ..... Tel Travail .....

Situation familiale ..... Situation familiale .....

N° Sécurité Sociale ..... N° Sécurité Sociale .....

Grand Angoulême

Hors Grand Angoulême

**Quartier :**

L'Houmeau

St Cybard

Basseau

Victor Hugo

Grande Garenne/Sillac/Frégeneuil

Ma Campagne/Petit Fresquet

Bel air/La Grand Font

La Madeleine

La Bussatte

Saint Martin

Centre Ville

Autres

C.S.C.S MJC Rives de Charente

5 quai du Halage/ 16000 Angoulême /

05.45.94.81.03 (St Cybard) 07.69.29.67.79 (L'Houmeau, local jeune)

[jeunesse@cscs-rivesdecharente.com](mailto:jeunesse@cscs-rivesdecharente.com) / <http://www.cscs-rivesdecharente.com>



## Centre social culturel et sportif MJC Rives de Charente

### Si Responsable Légal :

Nom.....Prénom.....

Numéro d'Allocataire.....Quotient Familial.....

Adresse : .....

N° de sécurité sociale.....

### Personnes autorisées ou non autorisées à venir chercher votre enfant :

Nom	Prénom	Téléphone	A	NA

### Autorisations :

	Oui	Non
Participer aux sorties		
Droit à l'image (photos, vidéos, article de presse...)		
Intervention/ Urgence Médicale		
Etre transporté en bus		
J'autorise mon enfant à partir seul du local ?    A partir de ..... Heure :		

### Repas spéciaux :

- Aucun
- Sans Porc
- P.A.I (joindre justificatif)

### Renseignements médicaux :

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

<b>Rubéole</b> Oui Non	<b>Varicelle</b> Oui Non	<b>Angine</b> Oui Non	<b>Oreillons</b> Oui Non	<b>Scarlatine</b> Oui Non
<b>Coqueluche</b> Oui Non	<b>Otite</b> Oui Non	<b>Rougeole</b> Oui Non	<b>Rhumatisme articulaire</b> Oui Non	



**Allergies :**

Alimentaire :

.....

Asthme :

.....

Médicaments :

.....

**Suit-il un traitement médical :**

Non

Oui (fournir une ordonnance)

Problèmes de santé/autres : .....

.....

Recommandations utiles des parents : .....

.....

Je soussigné(e) M. ou Mme.....

- ✓ M'engage à informer l'accueil périscolaire ou le centre de loisirs de tous les changements de situation (adresse, famille, santé...) concernant mon enfant.
- ✓ Certifie l'exactitude des informations données.
- ✓ Certifie avoir pris connaissance des conditions de fonctionnement de l'accueil périscolaire et/ou du centre de loisirs et m'engage à les respecter.

Date :

Signature :



**Documents à fournir obligatoirement : (non agrafés)**

- Photocopie des vaccins de l'enfant
- Photocopie de la Carte Vitale
- Photocopie de l'assurance de responsabilité civile
- Règlement intérieur signé par l'enfant et les parents