Modalités d'inscription :

A- Inscription administrative

1-Compléter cette fiche d'inscription et la retourner à la Mairie de Gévezé auprès du Pôle Enfance Jeunesse.

2-Une facture sera envoyée regroupant la cotisation semestrielle (Janvier-Juin ou Juillet-Décembre) et les activités payantes auxquelles votre enfant a participé au cours des deux derniers mois.
Trois tarifs existent en fonction de votre quotient familial (fournir une attestation par famille au Pôle Enfance Jeunesse).

Cotisation semestrielle :
- QF1 : 8,00 €
- QF2 : 8,50 €
- QF3 : 9,00 €
- Hors Commune QF1 : 12 €
- Hors Commune QF2 : 13 €
- Hors Commune QF3 : 14 €

B- Inscription au foyer en fonction du programme d'activité.

Les programmes d'activités sont disponibles ou consultables :
- ✓ Au foyer (rue de Romillé (complexe sportif)),
- ✓ Par mail si vous avez fourni votre adresse mail à l'équipe.

Il est conseillé de prévenir de sa présence à l'avance. L'accueil est limité en places (12 jeunes par animateur, 7 ou 8 en cas de sortie). Plusieurs possibilités pour s'inscrire:
- ✓ Directement auprès des animatrices
- ✓ Par mail : **jeunesse@ville-geveze.fr**
- ✓ Par téléphone 02.90.56.25.03 aux permanences en Mairie ou 02.99.69.08.61 aux heures d'ouverture du foyer).

LE FOYER DES JEUNES DE GEVEZE

Accueil – Activités – Projets en direction des jeunes de 10 à 17 ans

FICHE DE RENSEIGNEMENTS
Année 2022-2023

➢ **IDENTITE**

DU JEUNE

NOM : _____ PRENOM : _____

SEXE : F ☐ ou M ☐ DATE DE NAISSANCE : _____

Adresse :_____

_____ Commune : _____

☎ :_____ Mail:_____

N° ALLOCATAIRE ☐**CAF :**_____

☐ **MSA** : _____

Nom de la compagnie d'assurance (responsabilité civile):_____

DES PARENTS

NOM DU PERE : _____

Date de naissance : _____

Adresse: _____

☎ Personnel : _____☎ Professionnel :_____

NOM DE LA MERE : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

☎ Personnel : _____☎ Professionnel : _____

Mail (pour les informations du Foyer) :_____

N° sécurité social du représentant légal : _____

Personnes à contacter en cas d'urgence :

- NOM : _____ ☎ : _____
- NOM : _____ ☎ : _____

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e)_____
autorise mon enfant_____ :

- à participer aux activités proposées par l'équipe d'animation, au local ou en extérieur à Gévezé (terrains de sport, skate parc…). □ oui □ non
- à participer aux sorties, en dehors de GEVEZE. □ oui □ non
  (trajet en mini-bus ou transport en commun)

Arrivée et Départ du Foyer:
-Mon enfant _____ rentrera seul à la fin des activités □ oui □ non
-Je viendrai systématiquement chercher mon enfant à la fin des activités □ oui □ non
-J'autorise des adultes à venir chercher mon enfant à la fin des activités □ oui □ non
Personnes autorisées :_____
L'équipe d'animation de Gévezé est responsable de votre enfant de son arrivée dans les locaux à son départ. Les jeunes autorisés par les parents à partir en cours d'après-midi ne sont plus sous la responsabilité de l'équipe à l'extérieur des locaux (à l'exception des sorties).

J'autorise le responsable à utiliser l'image de mon enfant sur des documents de communication interne et externe*. □ oui □ non

Je m'engage à régler à l'inscription l'adhésion semestrielle s'appliquant quelque soit le nombre d'heures de présence.
Je souhaite régler mes factures par prélèvement automatique □oui (fournir un RIB)
□ non

En cas d'accident, mon enfant sera pris en charge par les services de secours et dirigé vers le centre hospitalier le plus proche.
J'autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.
□ oui □ non

NOM et PRENOM du médecin traitant :
Dr_____ ☎ : _____

Fait à_____, le _____ _____

Signature des parents ou du responsable légal

➢ FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1°) Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'adolescent).

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
BCG				Coqueluche	
Diphtérie				Haemophilus	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite (DT Polio)				Pneumocoque	
				Hépatite B	
				Autres_____	

Si l'adolescent n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indication. (Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication).

2°) Renseignements médicaux concernant votre enfant.

Poids : _____ Taille :_____ à la date du :_____
(Informations nécessaires en cas d'urgence)

L'adolescent est-il allergique ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, s'agit-il d'allergies : Médicamenteuses ? _____
Alimentaires ? _____
Asthme ? _____
Autres : _____
Précisez la cause de l'allergie, la conduite à tenir (si automédication le signaler)
_____
_____
_____

Autre problème de santé : _____
_____

Date et Signature