

DOSSIER INSCRIPTION 2026 (réinscription) ESPACE JEUNES

PHOTO
(à coller ou à
agrafer)

RENSEIGNEMENTS SUR LE JEUNE	ETABLISSEMENT SCOLAIRE FREQUENTE (cocher la case et indiqué le nom de l'établissement)
Nom	<input type="checkbox"/> Ecole
Prénom	<input type="checkbox"/> Collège
Date de naissance.....	<input type="checkbox"/> Lycée
Sexe : masculin <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Autre

Renseignements sur la famille		
	Représentant légal 1	Représentant légal 2
Nom et prénom
Adresse
Code postal Ville
Téléphone Portable
E-mail
Coordonnées de l'employeur (Nom, Adresse et ☎)		
N° allocataire + Organisme à préciser	N°..... <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre :	N°..... <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre :

Situation familiale (rayer les mentions inutiles) : célibataire, mariés, vie maritale, divorcés, séparés, veuf

Si les coordonnées des deux parents sont différentes, merci de nous indiquer qui prend en charge les factures afférentes aux activités de l'enfant :

☐ Représentant légal 1

☐ représentant légal 2

Assurance responsabilité civile :

Nom :

Adresse de la compagnie :

N° de contrat :

Médecin traitant de l'enfant :

Nom :

Adresse :

N° de téléphone :

AUTORISATION PARENTALE
Départ du jeune

Nom et Prénom du jeune.....

Je soussigné(e).....

Responsable légal du jeune, autorise le responsable de l'espace jeunes à laisser mon enfant partir de la structure :

- ☐ Seul à toute heure.
- ☐ Seul à partir de quelle heure ?
• **Rappel** : de 14h à 19h
- ☐ Accompagné de

J'ai bien pris note :

une fois en dehors de l'espace jeune, mon enfant n'est plus sous la responsabilité du responsable de la structure.

Date :

Signature :

**Le coût de la cotisation à l'espace jeunes est de 1€. Elle permet l'accès au sein de l'espace jeunes durant toute une année (du 1er Janvier 2026 au 31 décembre 2026).
Ayant pris connaissance du fonctionnement des services et des conditions financières.**





NOM DU MINEUR : / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _
PRENOM : / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _
DATE DE NAISSANCE : / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ **SEXE :** ☐ M ☐ F

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES :

ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐

MEDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐

AUTRES (animaux, plantes, pollen) oui ☐ non ☐

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ?
oui ☐ non ☐

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne,...

.....

.....

.....

.....

4. RESPONSABLE DU MINEUR

NOM **PRENOM**

ADRESSE

.....

.....

TEL DOMICILE : **TEL. TRAVAIL :**

TEL PORTABLE :

NOM et TEL. du MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e),....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date et signature :