



# Centre Social Mosaïques

## Fiche d'inscription Espace jeunes 2016 2017

### Renseignement du jeune

Nom : ..... Prénom : .....  
Date naissance : ..... F  M   
Téléphone portable du jeune : .....  
Email du Jeune : .....

#### Partie remplie par le Centre Social

Quotient familial :  
Aide journalière :  
Aide VACAF :  
N° allocataire :

### Collège

En quelle classe est votre enfant : .....  
Collège de Jassans-Riottier :  OUI  NON

### Droit à l'image

J'autorise le Centre Social Mosaïques à utiliser, dans le cadre de ses documents de communication, de son site internet et des réseaux sociaux, toute image photographique ou vidéo sur laquelle pourrait figurer mon enfant.  OUI  NON

### Les parents

Situation familiale :  Marié  Séparé  Autre  Régime général  MSA  Autre

Père/Mère : ..... **Email obligatoire** : .....  
Adresse : ..... Code Postal : ..... Ville : .....  
Téléphone Perso: ..... Téléphone pro : .....

Père/Mère : ..... **Email obligatoire** : .....  
Adresse : ..... Code Postal : ..... Ville : .....  
Téléphone Perso: ..... Téléphone pro : .....

### Personnes autorisées à venir récupérer votre enfant ou à contacter en cas d'urgence

Nom : ..... Prénom : ..... N° de tél : .....  
Nom : ..... Prénom : ..... N° de tél : .....  
Nom : ..... Prénom : ..... N° de tél : .....  
Nom : ..... Prénom : ..... N° de tél : .....

## FICHE SANITAIRE – informations médicales

Vaccin	Date du dernier rappel
DT-Coq-Polio	

### Problèmes de santé et recommandations

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

**Régime Alimentaire**     Sans Viande

**Allergies**

Asthme	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Médicamenteuse	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	si oui précisez :.....
Alimentaire	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	si oui précisez :.....
Autres	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	si oui précisez :.....

Merci de fournir le PAI lors de procédure médicale.

Je soussigné, ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, **toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant** et m'engage à rembourser au centre social le montant des frais médicaux. Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du centre et m'engage à le respecter.

Fait à .....

Le.....

Signature obligatoire :