



joindre une copie de tests aquatiques « aisance aquatique » « savoir nager » ...

DOSSIER INSCRIPTION

LE JEUNE

Nom et prénom :
 Date de naissance : Age :
 Adresse complète :
 N° de portable du jeune : / / / /
 Etablissement scolaire :
 Je déclare, m'inscrire à la Maison des Jeunes de Piuneret et ainsi pouvoir accéder à l'ensemble de la structure et participer aux activités proposées, Je m'engage à valider le règlement intérieur (p.3)
 Fait à : le :
 signature :

LE RESPONSABLE (compléter selon le cas) N° caf : N° msa :

LEGAL Adresse de facturation :
 PARENT 1 (nom & prénom) : N° tel (pro.) :
 N° tel :
 Adresse mail :
 PARENT 2 (nom & prénom) : N° tel (pro.) :
 N° tel :
 Adresse mail :
 AUTRE (nom & prénom et LIEN AVEC LE JEUNE) :
 N° tel : N° tel (pro.) :

MONTANT DE L'ADHESION : mettre une croix dans la case correspondante à votre quotient :	
Quotient Familial	Pluneret - Méfadac
1 Moins de 589 €	18,90 €
2 De 600 € à 914 €	21 €
3 De 915 € à 1500 €	24,15 €
4 De 1501 € à 2211 €	29,40 €
5 Plus de 2212 €	36,75 €

RGPD
MAISON DES JEUNES DE PIUNERET

La Mdj de Piuneret, soucieuse des droits des individus, notamment au regard des traitements automatisés et dans une volonté de transparence avec ses adhérents, se conforme au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).

Afin de valider votre inscription, la Maison des Jeunes doit recueillir des informations personnelles. Les données recueillies sur le dossier d'adhésion sont enregistrées dans un fichier informatisé et conservées dans un dossier par le directeur de la Maison des Jeunes.

Elles sont utilisées par les services municipaux à des fins de gestion administrative ou pour vous communiquer des informations concernant l'actualité de la Mdj et la Mairie de Piuneret. Ces informations peuvent également nous servir en cas d'accident à renseigner les secours.

Ces données sont conservées pendant 10 ans et sont ensuite détruites.

Conformément au Règlement Général Européen sur la Protection des Données, vous pouvez :

- > Accéder aux données vous concernant, les rectifier
- > Demander leur effacement
- > Exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données : contact@pluneret.fr ou 02 97 78 87 55.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL - www.cnil.fr.

AUTORISATION

J'autorise la commune de Piuneret à filmer, à photographier mon enfant lors d'activités et à publier ces images, exclusivement pour des supports de communications et d'informations. (Sauf refus expressément notifié par courrier à la Maison des Jeunes de Piuneret) En acceptant, je renonce à toute contrepartie financière. Oui Non

Signature :

Je soussigné(e)
 Déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier.
 M'engage à prévenir l'organisateur de tout changement concernant la situation familiale ou problèmes de santé de l'enfant.
 Reconnaiss que la MDJ de Piuneret et ses organisateurs sont déchargés de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir en dehors des heures et des lieux où se déroulent les activités notamment durant le trajet pour se rendre ou revenir de la MDJ.
 Certifie que mon enfant est apte physiquement à pratiquer toutes les activités sportives pour lesquelles il est inscrit.
 M'engage à ce que mon enfant ait une tenue adaptée à la pratique des activités pour lesquelles il est inscrit.
 Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et d'en accepter les modalités.
 Fait à le
 Signature

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT 2023 - 2024

Nom :	Prénom :
-------	----------

1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES – Date du dernier vaccin fait			
Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite (DTP)			
VACCINS RECOMMANDÉS – Date(s) des derniers vaccins faits			
Rubéole-Oreillons-Rougeole (ROR)*		BCG	
Coqueluche*		Hépatite B*	
Haemophilus*		Influenza b*	
Méningocoque C*		Pneumocoque*	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.
 Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.
 *Vaccins devenus obligatoires pour les enfants nés à partir du 01/01/2018.

2 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il un traitement médical ? Oui Non

Lequel ?

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU UNE INTOLÉRANCE OU ALLERGIES SUIVANTES :

- > ALIMENTAIRES Oui Non
- > MÉDICAMENTEUSES Oui Non
- > AUTRES (animaux, plantes, pollen...) Oui Non

Si oui, précisez 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, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? Oui Non

Mettre en place un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé), si besoin sur les lieux d'accueil de l'enfant.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Asthme <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :

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

4 – RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM : PRÉNOM :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL : TEL PORTABLE :

NOM ET TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT (facultatif) :

N° SÉCURITÉ SOCIALE (dont dépend l'enfant) : (OBLIGATOIRE)

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.
 J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

DATE :

SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL