DOSSIER INSCRIPTION MAISON DES JEUNES DE PLUNERET 2026 - 2027

Merci de joindre au dossier :

- ✓ ***Une attestation d'aisance aquatique / savoir nager***
- ✓ ***Une attestation d'assurance civile au nom du / de la jeune***

LE / LA JEUNE - NOM ET PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : AGE :

ADRESSE COMPLETE : .....

N° DE PORTABLE JEUNE :

ETABLISSEMENT SCOLAIRE : .....

JE DECLARE, M'INSCRIRE A LA MAISON DES JEUNES DE PLUNERET ET AINSI POUVOIR ACCEDER A L'ENSEMBLE DE LA STRUCTURE ET PARTICIPER AUX ACTIVITES PROPOSEES.

JE M'ENGAGE A VALIDER LE REGLEMENT INTERIEUR (P.3)

FAIT A : ..... LE : ..... **SIGNATURE :**

LE / LA RESPONSABLE LEGAL.E (COMPLETER SELON LE CAS)

N° CAF : ..... N°MSA : .....

ADRESSE DE FACTURATION : .....

PARENT 1 NOM ET PRENOM : .....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

N° TEL : MAIL :

PARENT 2 NOM ET PRENOM : .....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

N° TEL : MAIL :

AUTRE RESPONSABLE NOM ET PRENOM : .....

LIEN AVEC LE OU LA JEUNE :

N° TEL : MAIL :

MONTANT DE L'ADHESION - mettre une croix dans la case correspondante à votre quotient :

	Quotient familial	Pluneret - Mériadec	Extérieur
1	Moins de 600€	18.90€	52.50€
2	De 600€ à 914€	21 €	57.75€
3	De 915€ à 1500€	24.15€	63 €
4	De 1501€ à 2211€	29.40€	68.25€
5	Plus de 2211€	36.75€	73.50€

RGPD – MAISON DES JEUNES DE PLUNERET

La MDJ de Pluneret, 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'inscription sont enregistrées dans un fichier informatisé et conservées dans un dossier par le / la directeur.ice 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 Pluneret. En cas d'accident, ces informations peuvent également nous servir à renseigner les secours.

Ces données sont conservées pendant 10 ans et 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 contacté, 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 Pluneret à filmer, à photographier mon enfant lors d'activités et à publier ces images, exclusivement pour des supports de communication et d'information *(sauf refus expressément notifié par courrier à la Maison des Jeunes de Pluneret)*. En acceptant, je refuse toute contrepartie financière. **OUI** **NON**

Signature :

Je soussigné(e) ....

- Déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier ;
- M'engage à prévenir l'organisateur.ice de tout changement concernant la situation familiale ou problème de santé de l'enfant ;
- Reconnais que la MDJ de Pluneret et ses organisateur.ices sont déchargé.es 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 auxquelles il est inscrit ;
- M'engage à ce que mon enfant dispose d'une tenue adaptée à la pratique des activités auxquelles il est inscrit ;
- **Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepter les modalités.**

Fait à : ..... Le : ..... Signature :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT 2026 - 2027

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 RECOMMANDES – 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 ☐ Oui ☐ Non	Varicelle ☐ Oui ☐ Non	Angine ☐ Oui ☐ Non	Coqueluche ☐ Oui ☐ Non	Asthme ☐ Oui ☐ Non
Oreillons ☐ Oui ☐ Non	Otite ☐ Oui ☐ Non	Rougeole ☐ Oui ☐ Non	Scarlatine ☐ Oui ☐ 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** ☐