

**DOSSIER DE RENSEIGNEMENTS  
LOCAL DES JEUNES**

**-ESPACE JEUNES-**

**ANNEE : 2021 / 2022**

(Validité : du 01/07/2021 au 30/06/2022)

Cadre réservé à l'administration :

**NOM :** .....

**Prénom :** .....

**Quotient familial :** .....

Ce dossier doit être dûment rempli, signé, et complété par :

- une attestation de quotient familial délivrée par la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) datant de moins de 3 mois ou l'autorisation d'accès à votre quotient (voir chapitre *autorisations parentales*). En l'absence de cette attestation, le tarif au quotient familial 6 vous sera automatiquement appliqué pour chaque activité.
- Les photocopies du carnet de vaccinations.
- Un test d'aisance aquatique sans brassière de sécurité (facultatif)

**Le traitement de vos données personnelles**

*Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement de vos données, ou une limitation du traitement. Vous pouvez vous opposer au traitement des données vous concernant et disposez du droit de retirer votre consentement à tout moment en vous adressant à la Communauté de communes de Haute Tarentaise : [contact@hautetarentaise.fr](mailto:contact@hautetarentaise.fr).*

## Le jeune

NOM : ..... Prénom : .....

Sexe : F  M

Date de Naissance : ...../...../.....

Adresse où réside l'enfant : .....

Code Postal : ..... VILLE : .....

L'enfant sait-il nager : Oui  Non

L'enfant possède-t-il une assurance neige : Oui  Non

### Responsable légal du jeune

Père  Mère  Tuteur

(Si même adresse que le jeune, ne remplir que l'état civil)

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse mail : .....

Adresse: .....

Code Postal : ..... VILLE : .....

Tél domicile : .....

Téléphone portable : .....

Téléphone professionnel : .....

N° sécurité sociale : ..... Caisse : .....

### AUTRES COORDONNEES

NOM : ..... Prénom : .....

Lien de parenté : ..... Téléphone .....

NOM : ..... Prénom : .....

Lien de parenté : ..... Téléphone .....

## Autorisations parentales

Mon enfant est autorisé à participer à toutes les activités du centre :

Oui  Non

Si non, indiquer lesquelles :

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

J'autorise la Communauté de Communes de Haute Tarentaise à utiliser et publier des photographies, films, enregistrement sur lesquels mon enfant apparaît dans le cadre de manifestations organisées ou co-organisées par la Communauté de communes de Haute Tarentaise.

Les supports de publication seront les suivants :

- Le site Internet de la Communauté de Communes de Haute Tarentaise,
- Page Facebook : Haute Tarentaise, Communauté de Communes,
- Compte Instagram: Le Loc@l des Jeunes Haute Tarentaise,
- La Brève de l'Intercommunalité,
- Des plaquettes ou supports de communication,
- Tous autres supports informatiques (Internet, CD-Rom - DVD - diaporama...)
- D'éventuels reportages journalistiques par presse écrite ou audiovisuelle,
- Des réalisations audio-visuelles
- Des expositions thématiques.

Oui  Non

J'autorise le service jeunesse à interroger la CAF pour obtenir mon quotient familial en fournissant mon numéro d'allocataire \_\_\_\_\_ :

Oui  Non

Les parents sont informés que certaines activités nécessitent le transport de leurs enfants dans des véhicules affectés à cet usage. Un règlement de la structure est à la disposition des familles sur demande ainsi que le projet éducatif et le projet pédagogique de la structure.

## Renseignements médicaux concernant le jeune

Nom du médecin traitant.....tel.....

**Vaccinations** (se référer au carnet de santé) :

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates derniers rappels
antidiphthérie			
antitétanique			
antipoliomyélite			

Si le jeune n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication.

L'enfant suit-il un traitement médical annuel ?

Oui

Non

Si oui, lequel : .....

Merci de joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants, si votre enfant doit le prendre en activité.

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

pathologies	oui	non	pathologies	oui	non
rubéole			rhumatisme articulaire		
scarlatine			varicelle		
rougeole			coqueluche		
angine			oreillons		

**Allergie** : merci de joindre une ordonnance du médecin nous précisant la nature de l'allergie, la conduite à tenir en cas de crise, les médicaments à donner, les secours à prévenir.

Asthme : Oui  Non

Médicamenteuse : Oui  Non

Alimentaire : Oui  Non

Autres : .....

**Les difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération...) en précisant les précautions à prendre :

.....  
.....

**Recommandations utiles** : votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, dentaires, etc. :

.....  
.....

L'enfant doit être couvert en responsabilité civile par le régime de son responsable légal et il est conseillé de souscrire une garantie individuelle accidents.

Je soussigné(é)....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés dans ce dossier et autorise le responsable de la structure d'accueil à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date :

Signature du responsable légal