



Fiche de renseignements « **Actions jeunes** »
Communauté de communes Loire Semène

Parent 1 :

Adresse :

Adresse mail :

N° portable :

N° professionnel :

Situation : Marié – Pacsé – Union libre – Divorcé – Célibataire – Famille monoparentale
Séparé – Veuf

Profession :

Nombre d'enfants à charge :

Régime allocataire : CAF 42 & autres dpts – CAF 43 – MSA 42 – MSA 43 – Autres (SNCF, EDF, régime maritime ...)

N° allocataire :

Parent 2 :

Adresse :

Adresse mail :

N° portable :

N° professionnel :

Situation : Marié – Pacsé – Union libre – Divorcé – Célibataire – Famille monoparentale
Séparé – Veuf

Profession :

Nombre d'enfants à charge :

Régime allocataire : CAF 42 & autres dpts – CAF 43 – MSA 42 – MSA 43 – Autres (SNCF, EDF, régime maritime ...)

N° allocataire :

Enfant 1 :

Date de naissance :

Etablissement scolaire :

Classe :

N° portable du jeune :

N° sécurité sociale auquel l'enfant est rattaché :

Allergies / difficulté de santé / Régime alimentaire :

Mise en place d'un PAI : OUI/NON

Enfant reconnu MDPH : OUI/NON

Autorisation parentale

Rentrer seul : OUI/NON – Tous les moyens de transports : OUI/NON – Droit à l'image (diffusion site CCLS, réseaux sociaux, presse ...) : OUI/NON - **Etre contacté via ZOOM* par l'équipe mobile : OUI/NON**

Enfant 2 :

Date de naissance :

Etablissement scolaire :

Classe :

N° portable du jeune :

N° sécurité sociale auquel l'enfant est rattaché :

Allergies / difficulté de santé / Régime alimentaire :

Mise en place d'un PAI : OUI/NON

Enfant reconnu MDPH : OUI/NON

Autorisation parentale

Rentrer seul : OUI/NON – Tous les moyens de transports : OUI/NON – Droit à l'image (diffusion site CCLS, réseaux sociaux, presse ...) : OUI/NON - **Etre contacté via ZOOM* par l'équipe mobile : OUI/NON**

Enfant 3 :

Date de naissance :

Etablissement scolaire :

Classe :

N° portable du jeune :

N° sécurité sociale auquel l'enfant est rattaché :

Allergies / difficulté de santé / Régime alimentaire :

Mise en place d'un PAI : OUI/NON

Enfant reconnu MDPH : OUI/NON

Autorisation parentale

Rentrer seul : OUI/NON – Tous les moyens de transports : OUI/NON – Droit à l'image (diffusion site CCLS, réseaux sociaux, presse ...) : OUI/NON – **Etre contacté via ZOOM* par l'équipe mobile** : OUI/NON

Renseignement en cas d'urgence :

Je soussigné(e),.....responsable
légal de.....autorise l'équipe de
direction à :

- Pratiquer les soins nécessaires,
- Faire pratiquer les soins nécessaires,
- Faire pratiquer les actes médicaux et chirurgicaux jugés indispensable par le corps médical, à l'hôpital le plus proche.

Selon l'article R4127-42 du code de la santé publique, « en cas d'urgence, même si ses représentants légaux ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaire. »

Déclare sur l'honneur que mon enfant bénéficie d'une assurance responsabilité civile garantissant les dommages causés aux tiers et couvrants les activités extrascolaires proposées par la communauté de communes.

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, et m'engage à signaler tout changement. Toute pièce du dossier demandée lors de l'inscription et non fournie sera motif d'annulation.

Date et signature (précédée de la mention Lu et Approuvé)



***Suite à la crise sanitaire de 2020, nous avons décidé de garder le lien avec les jeunes en utilisant les nouvelles technologies à travers la visioconférence.**

Pour cela, nous avons opté pour l'application gratuite ZOOM.

Pour participer aux rendez-vous, il vous suffit de cliquer sur le lien envoyé et d'installer l'application.

Si vous souhaitez en savoir davantage sur celle-ci dans la mesure où il s'agit d'une application externe à nos services, nous vous invitons à consulter le site internet de cette plateforme: <https://zoom.us/>.

Comme pour tout site internet et réseau social, l'utilisation de celle-ci nécessite l'accord de la politique de confidentialité propre au site.

(Les conditions ont été mises à jour le 29 mars 2020 afin d'être en accord avec les règles du RGPD)

DOCUMENTS A FOURNIR

- Quotient familial ou avis d'imposition n-1
- Le numéro allocataire
- Vaccins à jour du jeune
- Certificat médical du jeune en cas de problème de santé / traitement médical ...
- Fiche de renseignement (ci-joint) complétée et signée