



**FICHE D'INSCRIPTION POINT ACCUEIL JEUNES
2026-2027 (Pays de St Aulaye)**

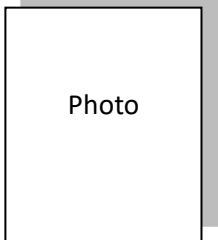
Nom :

Prénom :

Né(e) le/...../..... à

Sexe : Féminin Masculin

Commune de Résidence :



Renseignements Parents

Père

Mère

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Téléphone : Fixe :

Téléphone : fixe :

Portable :

Portable :

Email :@.....

Email :@.....

ADHESION : CDC (10 euros)

HORS CDC (15 euros)

N° de sécurité sociale sous lequel est affilié le jeune :

Mutuelle :

N° contrat :

École :

Classe :

Assurance scolaire :

N° contrat :

Assurance extrascolaire :

N° contrat :

N° Allocataire CAF :

Quotient Familial :

Nombre d'enfant(s) :

Merci de fournir la photocopie de votre quotient familial pour la facturation des sorties.

Je soussigné (e),, responsable légal de l'enfant l'autorise (*Rayer les mentions inutiles*) :

- à participer aux différentes activités du centre.
- à participer aux activités à l'extérieur, organisées par le centre.
- à voyager avec la compagnie de car que les responsables du centre auront choisies.
- à participer aux activités aquatiques.
 - Mon enfant **sait nager/ne sait pas nager**
(Merci de fournir la photocopie du diplôme de natation)
- **À quitter le PAJ seul**
- **À quitter le PAJ accompagné** des personnes majeures suivantes :
 - Nom et Prénom :
 - N° téléphone :
 - Nom et Prénom :
 - N° téléphone :

Autorisation parentale pour la publication de photographie :

Je soussigné (e)....., responsable légal de l'enfant :

- Autorise les responsables du centre à utiliser, dans le cadre pédagogique (publication, plaquettes publicitaires, site internet du centre, FB, Instagram), des photos de mon enfant, prises au cours des activités du centre.
- Refuse que le centre utilise des photos de mon enfant.

En cas d'urgence :

Je soussigné(e)....., responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la direction du centre à prendre, le cas échéant, toutes mesures, (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale,) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Personnes à prévenir en cas d'urgence si je ne suis pas joignable

Nom et Prénom : | Nom et Prénom :

N° téléphone : | N° téléphone :

Je soussigné(e)....., responsable légal de l'enfant reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du centre et je m'engage à le respecter.

A..... le/...../..... Signature