



SERVICES MUNICIPAUX
ENFANCE ET JEUNESSE

DOSSIER INSCRIPTIONS
Septembre 2010 à Août 2011

« JOSTA LEKU »

A retourner au Service Jeunesse
MSP ELGAR 11, rue Gaskoina
Tout dossier incomplet ne sera pas traité.
A remplir avec précision en MAJUSCULES.
Ne pas oublier de dater et signer
Nous signaler tout changement de situation,
de n° de téléphone...

NOM / PRENOM DE L'ENFANT :

ADRESSE DE FACTURATION :

Nom / Prénom : _____

Adresse : _____

N° allocataire CAF : _____ Aide aux temps libre : oui non

N° allocataire MSA : _____ Aide aux vacances : oui non

(Joindre justificatif)

Quotient familial :

S

Enfant (s) du même foyer :

Prénom :

Age :

Cadre réservé à l'administration :

NOM :

Date de naissance :

Etablissement scolaire :

ENFANT

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : / /

Lieu : _____

Classe (Sept10): _____

Etablissement scolaire : _____

Mail : _____

Sexe : F M

Photo

RESPONSABLES

Père Mère Autre (précisez) : _____

Nom : _____

Nom : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Prénom : _____

Prénom : _____

Tél dom : _____

Tél dom : _____

Tél dom : _____

Tél portable : _____

Tél port : _____

Tél port : _____

Adresse : _____

Adresse : _____

Adresse : _____

Profession : _____

Profession: _____

Profession: _____

Tél prof : _____

Tél prof : _____

Tél prof : _____

Mail : _____

Mail : _____

Mail : _____

RESIDENCE DE L'ENFANT

Résidence principale : domicile des parents domicile de la mère domicile du père

Autorité parentale conjointe : oui non

Si non, joindre photocopie du jugement

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Médecin traitant : Nom _____ Ville : _____ Tél : _____

N° SS de l'assuré qui couvre l'enfant : _____

Assurance extra scolaire : _____ N° contrat : _____

Vaccinations obligatoires

Photocopie des pages vaccination du carnet de santé

Les difficultés de santé (maladie, allergie, accident, crises convulsives, hospitalisation...) en précisant les dates et les précautions à prendre.

Recommandations utiles :

L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires etc.... Précisez.

L'accueil d'un enfant présentant une maladie chronique, une allergie alimentaire ou un handicap sera conditionné à l'avis obligatoire d'un médecin et à la mise en place d'un **Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I)**

Personnes à contacter en cas d'urgence et/ou susceptibles de récupérer l'enfant (autres que responsables) :

M. Mme _____ Tél. _____

M. Mme _____ Tél. _____

INSCRIPTION

Mon enfant fréquente l'accueil de loisirs « Josta Leku » tous les mercredis.

En cas de changement **même exceptionnel**, j'en avise dès que possible les animateurs au 05.59.70.14.82.

Mon enfant fréquente l'accueil de loisirs « Josta Leku » **ponctuellement**, dans ce cas je m'informe des possibilités auprès du service jeunesse **au moins 48 heures avant** au 05.59.29.58.33.

ATTENTION : Avant chaque période de vacances, une inscription précisant les jours de présence de votre enfant, est obligatoire au bureau du service jeunesse (pas d'inscription par téléphone).

Je souhaite que mon enfant bénéficie d'un accueil bilingue au centre (basque/français).

AUTORISATIONS

Sorties :

L'enfant peut-il rentrer seul ? oui non

Si oui, joindre une autorisation écrite des parents datée et signée.

Droit à l'image :

J'autorise le service enfance et jeunesse de la commune de HASPARREN à exploiter sur tous les supports de communication (photos, films, site internet, articles de presse..) les images prises au cours des activités.
(en cas de refus l'image de votre enfant sera rendue floue sur les supports)

oui

non

ATTESTATION

Je soussigné(e) _____ responsable de l'enfant _____
déclare qu'il (elle) est susceptible de fréquenter :

Les temps extra scolaires de « Josta Leku »:

Mercredi

vacances

Je m'engage :

- à respecter le règlement intérieur de la/des structure(s) dont une copie m'a été remise.

J'autorise :

- L'équipe de direction à s'adresser directement, en cas d'urgence au SAMU (15) ou aux pompiers (18)
- L'équipe de direction à faire transporter mon enfant à l'hôpital le plus proche. Dans le cas contraire, préciser l'établissement souhaité

Fait à HASPARREN, le

Signature du (des) représentant(s)