

# Ta fiche Huber

Nom & Prénom : .....

Age : .....

Lieu scolaire : .....

Tél Perso : .....

Carte de bus : Oui / Non

Facebook: ..... Instagram: .....

Snapchat:..... Autre .....

Mail: ..... @.....

## Tes loisirs:

Pratiques Extra-scolaire : .....

Lieux et horaires : .....

Associations : .....

Passions : .....

## Tes Attentes au Rep'r:

Activités souhaitées : .....

Projets / Envies : .....

Date et signature du Jeune « Huber » :



**DOSSIER D'INSCRIPTION 2021**

**Renseignements :**

Nom & Prénom du jeune : .....

Date de naissance : .....

Etablissement scolaire & classe : .....

Responsable légal du jeune : Mme / Mr .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Portable : ..... Fixe ☎ : .....

☎ : Prévenir en cas d'urgence : ..... Nom & Prénom : .....

Nom & Prénom du père : .....

Profession : .....

Mail : .....

Tel : .....

Nom & Prénom de la mère : .....

Profession : .....

Mail : .....

Tel : .....

Numéro d'allocataire CAF ou MSA : .....

Montant du quotient CAF ou MSA : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

**Pièces à fournir :**

Carnet de santé (vaccins à jour)

Justificatif de domicile

Attestation CAF ou MSA (- de 3 mois)

Règlement de 5€

Photocopie pièce d'identité

Brevet 25m + photo identité

### RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

Nom du médecin traitant : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....



: .....

**VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations du jeune)

VACCINS	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS
DT Polio			
Tétracoq			
Rubéole-Oreillons- Rougeole			
Autres			

### MALADIES

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole   
Scarlatine   
Rougeole

Varicelle   
Coqueluche   
Oreillons

Votre enfant a-t-il des difficultés de santé ? Allergies, Asthme, Eczéma... (Préciser)

.....  
.....

Régime alimentaire particulier (**Préciser sans porc, sans viande, allergies, ...**) : .....

.....  
.....

Votre enfant suit-il un traitement médical ? oui  non

(Si oui, joindre obligatoirement l'ordonnance récente et les médicaments correspondants)

Recommandations des parents : .....

.....  
.....

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), Mme / Mr ..... ,  
Responsable légal du jeune (Nom & Prénom) .....  
..... ,

⇒ Déclare avoir pris connaissance des conditions des animations jeunesse et autorise mon enfant à prendre part aux activités et sorties organisées. **OUI / NON**

⇒ Autorise mon enfant à être transporté par un tiers si nécessaire. **OUI / NON**

⇒ Autorise les responsables de l'encadrement à faire pratiquer toute intervention chirurgicale ou médicale en cas d'accident. **OUI / NON**

⇒ M'engage à rembourser Léo Lagrange Ovest de tous les frais médicaux, pharmaceutiques et autres, dont l'association aurait fait l'avance. L'assurance de Léo Lagrange Ovest intervient en complément de ma propre assurance. **OUI / NON**

⇒ Autorise mon enfant à venir seul et à repartir seul après ses activités (**à n'importe quelle heure de la journée les mercredis et samedis**) **OUI / NON**

*Après 18h (soirée) un représentant légal doit se présenter et venir chercher le jeune au local du Rep'R.*

⇒ Léo Lagrange Ovest se désengage de toutes responsabilités en cas de vol et dégradations de biens (monétaires et autres) apportés par les jeunes.

**Autorise Léo Lagrange Ovest à publier les photos ou les vidéos de mon enfant prises lors des activités et à les diffuser sur le Facebook, Instagram du Hub Rep'R et sur les sites internet de la ville de Trélazé et de la Fédération Léo Lagrange : OUI / NON**

A Trélazé, le .....

Signature des parents ou tuteurs :