



DOSSIER DE RENSEIGNEMENTS JEUNESSE 2018–2019

Validité : du 01/07/18 au 30/06/19

PHOTO

STRUCTURES

AUCH : CLUB 11/14 ACCUEIL JEUNES 14/17 SALLE POLYVALENTE

JEGUN : PÔLE ADOS 11/17 ACCUEIL JEUNES 14/17

ETAT-CIVIL DU JEUNE

Nom : Prénom(s) :

Né(e) le : / / Lieu de naissance (commune et n° département) :

Fille Garçon  

Adresse(s) :
.....

ETABLISSEMENT SCOLAIRE FREQUENTE

COLLEGE : LYCEE : VILLE :

PARENTS DE L'ENFANT

MÈRE :

Nom de jeune fille :

Nom marital :
(nom d'usage)

Prénom :

Adresse :

CP : Commune:

Tél. domicile :

Tél. portable :

E-mail :

Autorité parentale : oui non

PÈRE :

Nom :

Prénom :

Adresse :

CP : Commune:

Tél. domicile :

Tél. portable :

E-mail :

Autorité parentale : oui non

Pour toute situation particulière, le jugement mentionnant les termes de l'autorité parentale et du droit de garde devra être remis au service Education, de l'enfance à la jeunesse.

AUTRE RESPONSABLE LEGAL DU JEUNE (foyer, famille d'accueil...)

Nom : Prénom :

Adresse : CP : Commune:

Tél. domicile : Tél. portable :

FACTURATION

La facture sera adressée à : Père et/ou Mère

Autre (nom et adresse de l'organisme) :

fournir une attestation de prise en charge de l'organisme

PRESTATION SOCIALE

Nom de l'allocataire :

N° d'allocataire (CAF du Gers uniquement) :

Organisme (CAF, MSA, particulier,...) :

Si vous n'êtes pas allocataire de la CAF ou de la MSA mais que vous relevez d'un régime particulier (indépendants, libéraux), joindre l'avis d'imposition 2017 sur les revenus 2016. En l'absence d'accès aux ressources (CAF, MSA, autres), le plein tarif sera appliqué.

ASSURANCE

Compagnie d'assurance:

N° de police :

Adresse :

Téléphone :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Médecin traitant : Téléphone :
Vaccination : date du dernier rappel DT Polio : (joindre copie vaccination du carnet de santé à jour)
Allergies : asthme : NON OUI médicamenteuse : NON OUI précisez :
alimentaire : NON OUI précisez :
autre : NON OUI précisez :
Le jeune suit-il un traitement ? NON OUI précisez :
Le jeune a-t-il un P.A.I. ? : NON OUI précisez :
Antécédents médicaux/chirurgicaux et recommandations utiles des parents :
.....

CONTACTS EN CAS D'URGENCE (autres que les parents) :

Nom Prénom
Tél. domicile : Tél. portable :
Nom Prénom
Tél. domicile : Tél. portable :

AUTORISATIONS

- Je soussigné(e), responsable légal(e) de l'enfant
- atteste sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale,
 - autorise mon enfant à regagner seul le domicile après les activités : NON OUI à partir de : h
 - autorise le directeur de l'accueil de loisirs à prendre toutes mesures qu'il jugerait utiles dans le cas où mon enfant aurait besoin de soins urgents, et m'engage à prendre en charge les éventuels frais médicaux engagés,
 - certifie que mon enfant est couvert par une assurance responsabilité civile sur les temps extrascolaires,
 - autorise Grand Auch Cœur de Gascogne (GACdG) à prendre en compte mon quotient familial via la Caisse d'Allocations Familiales du Gers (CAFPRO),
 - autorise que mon enfant soit photographié ou filmé dans le cadre des activités extrascolaires et autorise la diffusion de tout support relatif à l'image et au son sur les supports de communication de Grand Auch Cœur de Gascogne. En cas de refus : joindre une attestation écrite, datée et signée,
 - certifie exacts les renseignements portés sur ce dossier,
 - déclare avoir pris connaissance des règlements intérieurs des accueils de loisirs.

Fait à : le :

Signature de la mère : Signature du père : Signature autre responsable légal :

DOCUMENTS A FOURNIR OBLIGATOIREMENT : en l'absence de ces documents, le jeune ne sera pas accueilli

1. Copie du livret de famille (renseignements parents et enfant) ou extrait d'acte de naissance de l'enfant
2. Copie du justificatif de domicile (bail; facture : électricité, gaz ou eau) de moins de 3 mois.
3. Copie des vaccinations (carnet de santé) : DT Polio à jour
4. Copie de l'attestation de la Carte Vitale ou CMU couvrant l'enfant
5. Copie de l'attestation d'assurance couvrant l'enfant sur les temps extrascolaires

Si les parents sont séparés/divorcés ou si l'enfant est placé :

- copie du jugement signifiant les modalités de garde de l'enfant. A défaut de jugement : attestation co-signée par les 2 responsables de l'enfant, précisant le calendrier de garde (hors Accueil Jeunes 14/17 d'AUCH)
- Si l'enfant ne vit pas au domicile des parents : fournir un justificatif de prise en charge de l'enfant par un tiers

Facturation : si demande de prélèvement automatique : fournir 1 RIB (pour toute 1^{ère} demande)

RENSEIGNEMENTS ou MODIFICATIONS (situation familiale, adresse, téléphone, ...) :
service « Education, de l'enfance à la jeunesse » 1 rue Darwin 32000 AUCH– Tél. : 05 62 61 42 60– enfance.jeunesse@grand-auch.fr–www.grandauch.fr

Le droit d'accès et de rectification des personnes aux données les concernant s'exerce auprès du service « Education, de l'enfance à la jeunesse » de Grand Auch Cœur de Gascogne, 1 rue Darwin 32000 AUCH (Tél. : 05 62 61 42 60) dans les conditions définies par les articles 39 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004.