

# POINT ACCUEIL JEUNES

## FICHE d'INSCRIPTION

### A retourner au Point Accueil Jeunes dûment complétée et signée

Je soussigné(e) :

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....  
.....

Tél. domicile : ..... Portable : .....

Père       Mère       Tuteur       Tutrice       Responsable légal

(rayer la mention inutile)

demande l'inscription au Point Accueil Jeunes de :

NOM : ..... Prénom : .....

Date de Naissance : .....

N° Allocataire CAF :

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

(à remplir OBLIGATOIREMENT)

#### Coordonnées travail « Père » :

NOM de l'Entreprise : ..... Tél. : .....

Adresse : .....  
.....

#### Coordonnées travail « Mère » :

NOM de l'Entreprise : ..... Tél. : .....

Adresse : .....  
.....

### PERSONNE (autre que les parents) À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM : ..... Prénom : .....

Tél. : .....

## **AUTORISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE D'URGENCE**

NOM du médecin traitant : ..... Tél. : .....

En cas d'indisponibilité, la Mairie fera appel à tout autre médecin disponible :

OUI \*

NON \*

Je soussigné(e) Monsieur, Madame : .....

Autorise le transport de mon enfant ..... par les pompiers ou le SAMU à l'hôpital, ou en clinique, pour que puisse être pratiquée, en cas d'urgence, toute intervention y compris une anesthésie générale sur mon enfant.

Fait à Chaingy, le .....

Signature :

\* Merci de cocher les cases correspondantes.

---

## **AUTORISATION POUR LA PRISE ET LA PUBLICATION DE PHOTOS**

Je soussigné(e) : Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

autorise la prise et la publication de photos, pour les supports de communication de la commune de Chaingy de :

moi-même

mon/mes enfant (s) : Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

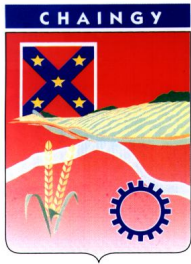
Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date : .....

Signature :

(article 9 du Code Civil – Droits à l'image et article 34 de la CNIL)



Année 2011-2012

## POINT ACCUEIL JEUNES

ACCUSÉ de RÉCEPTION du  
RÈGLEMENT INTÉRIEUR

**A retourner au Point Accueil Jeunes dûment complété et signé**

Le **RESPONSABLE LÉGAL** (père, mère, tuteur, tutrice) :

NOM : ..... Prénom : .....

Date : .....

Signature du responsable légal :  
(précédée de la mention « lu et approuvé »)

Le **JEUNE** :

NOM : ..... Prénom : .....

Je soussigné, certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur du PAJ de Chaingy et m'engage à le respecter en tout point.

Date : .....

Signature du jeune :  
(précédée de la mention « lu et approuvé »)



## *POINT ACCUEIL JEUNES*

*Pièces à fournir lors de l'inscription au  
Point Accueil Jeunes*

- ✓ La **fiche d'inscription** complétée et signée par le responsable légal,
  
- ✓ La **fiche sanitaire de liaison** complétée et signée par le responsable légal,
  
- ✓ L'**accusé de réception du règlement intérieur** complété et signé par le responsable légal et le jeune,
  
- ✓ L'**autorisation médicale et chirurgicale d'urgence** complétée et signée par le responsable légal,
  
- ✓ L'**autorisation pour la prise et la publication de photos** complétée et signée par le responsable légal,
  
- ✓ Une **copie de l'attestation d'assurance responsabilité civile individuelle corporelle** souscrite.

*Vous pouvez conserver le règlement intérieur.*