**Activités jeunes 2010-2011**

**Centre Socio-Culturel du secteur de Marans**

*2 rue Dinot 17230 Marans – 05.46.01.10.40*

**Le jeune**

Nom : ….................................................................

Prénom : …..................................................................

Date de naissance : …./..../.........

Adresse : …............................................................................

..…..........................................................................

.…...........................................................................

Portable (pas obligatoire): …...-......-......-......-......

Email (pas obligatoire): …………….....................................................

**Les responsables légaux**

Mère : ................................................................................................

Père : .................................................................................................

Autre :................................................................................................

Tél. domicile : …...-......-......-......-......

Portable : …...-......-......-......-......

Email (pas obligatoire): …...................................................................

N° de sécurité sociale du responsable légal :

…...........................................................................................

N° allocataire CAF 17: ….....................................................................

Nom de l'allocataire : …....................................................

Passeport CAF : **❒** OUI **❒** NON (si oui, joindre la photocopie)

QF : 0 à 579 □

QF : 580 à 760 □

Autre régime (CAF PM, MSA…) : **❒** OUI **❒** NON (si oui, joindre la photocopie)

N°: …...........................................................................................

**Santé du jeune**

**Les vaccins doivent être à jour.** Fournir une copie du carnet de santé.

**Traitement médical ?** **❒** OUI **❒** NON Si oui, fournir une photocopie de l'ordonnance du médecin.

**Problèmes de santé ?** (allergies, opérations ...) **❒**OUI **❒**NON

Si oui lesquels ? ........................................................................................

….............................................................................................................

Nom du médecin traitant : …....................................................................

Tél : …...-......-......-......-......

**A remplir par le responsable légal**

Je soussigné(e) ….........................................................................., autorise :

* mon enfant à participer aux activités mises en place par l'accueil jeunes du Centre Socio-Culturel (CSC).
* la directrice de l'Accueil Jeunes et/ou du CSC à prendre toute mesure nécessaire à la prise en charge de la santé de mon enfant (soins, intervention chirurgicale...) via : un médecin et/ou les services de secours.
* le transport de mon enfant dans les véhicules du CSC et/ou une voiture particulière d'un salarié du CSC, si l'activité le nécessite.
* la diffusion de photos, d'enregistrements sonores ou de vidéos de mon enfant, réalisés dans le cadre des activités :

**❒** OUI **❒** NON

* le CSC à me transmettre des informations liées à la vie de l'accueil jeunes par le biais de mon adresse mail.

**❒** OUI **❒** NON

Fait à …………………………… le …….………………..…

**Signature du responsable légal**