

ESPACE JEUNES LES MEES

Fiche d'inscription 2025-2026



JEUNE

A remplir par les parents :

Nom : Prénom
Date de naissance : / /
Adresse
Code postal / ville
Nom du médecin traitant le jeune :
Ville
Tel

Famille

Référent : Responsable légal Père / Mère ou Assistant familial	Responsable légal / Père / Mère
NOM	NOM
Prénom	Prénom
Adresse	Adresse
Code postal / ville :	Code postal / ville :
Date de naissance	Date de naissance
Tél. domicile	Tél. domicile
Portable	Portable
Tel pro	Tel pro
Email	e-mail
N° CAF	N° CAF
N Sécu	N° Sécu
Profession	Profession
Marié ☐ Divorcé ☐ Séparé ☐ Célibataire ☐ Vie maritale ☐	Marié ☐ Divorcé ☐ Séparé ☐ Célibataire ☐ Vie maritale ☐

Composition de la famille (Frère et sœur)

	Nom	Prénom	Date de Naissance	École / Collège / Lycée	Classe
1.					
2.					
3.					
4.					

ESPACE JEUNES LES MEES

Personne à prévenir en cas d'urgence
Nom et prénom
Qualité
Téléphone

Autorisation Parentale

Cocher la case correspondant à votre réponse

- J'autorise mon enfant à participer aux activités et aux sorties proposées par l'ESPACE JEUNES LES MEES. ☐ OUI ☐ NON
- J'autorise mon enfant à venir et quitter seul l'ESPACE JEUNES à tout moment pendant les horaires d'ouverture. ☐ OUI ☐ NON
- Je n'autorise mon enfant à quitter seul l'ESPACE JEUNES **uniquement** à la fin des activités. ☐ OUI ☐ NON
- Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du jeune.
- J'autorise l'ESPACE JEUNES des Mées à utiliser l'image de mon enfant.

Lu et approuvé, le

Signature du responsable légal :

Signature du jeune :

Documents et matériel à fournir :

- Le dossier d'inscription complété avec le règlement
- Un justificatif de domicile datant de moins de 3 mois.
- Une copie du carnet de vaccination (DT polio à jour)
- Une attestation d'assurance responsabilité civile
- Une attestation CAF indiquant le quotient familial ou le document joint rempli et signé.
- Une attestation MSA le cas échéant.

Tarifs :

- Inscription annuelle à l'Espace Jeunes selon le quotient familial.
- Adhésion famille **15€** pour l'année juillet 2025 - juin 2026.

Paiement en espèces ou par chèque à l'ordre du **trésor public**.

Famille avec quotient	Tarifs 2025	
	Inférieur à 526	
Forfait jeune	Méens	Extérieurs
	17.20€	34.85€
Famille avec quotient	De 526 à 637	
Forfait jeune	Méens	Extérieurs
	17.25€	34.90€
Famille avec quotient	De 638 à 775	
Forfait jeune	Méens	Extérieurs
	17.30€	34.95€
Famille avec quotient	Supérieur à 775	
Forfait jeune	Méens	Extérieurs
	17.35€	35€

ESPACE JEUNES LES MEES

Engagement sur l'honneur du jeune

Je soussigné (e),

NOM : PRENOM

HABITANT A

Tel Mobile : E-MAIL

Etablissement scolaire : Collège ☐ Lycée ☐

Nom de l'établissement : Lieu Classe.....

Activités & Loisirs

Sports pratiqués :

.....

Années de pratique :

Activités culturelles pratiquées :

.....

Années de pratique :

Mes loisirs :

.....

Mes centres d'intérêts :

.....

Mes projets :

.....

Les sorties que j'aimerais faire :

.....

Les activités sportives que j'aimerais faire :

.....

Les loisirs que j'aimerais faire :

.....

Ce que j'aimerais dans l'Espace Jeunes :

.....

Règlement Intérieur

- Je m'engage à avoir pris connaissance du règlement intérieur de la salle et à le respecter.

- Je m'engage à signaler systématiquement mon arrivée et mon départ à l'animateur qui assure l'accueil.

- Je m'engage enfin à respecter le personnel, mes camarades et le matériel mis à ma disposition.

Fait à : le

Nom : Prénom :

Signature du jeune

Signature du responsable légal

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM :
 PRENOM :
 DATE DE NAISSANCE :
 GARCON ☐ FILLE ☐

DATES ET LIEU DU SEJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT;
 ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	O U I	N O N	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos					
Poliomyélite				R.O.R.	
Ou DT Polio				Coqueluche	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	
B.C.G.					
D.T.C.P.					
Pentavac				MONOTEST	
Prévenar					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui ☐ non ☐

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES ASTHME oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐

MEDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐

AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, OPERATIONS, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC...
PRECISEZ.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOM :

ADRESSE PENDANT LE SEJOUR :

.....

TEL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT(facultatif).....

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare
exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant,
toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de
l'enfant.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNEES DE LA STRUCTURE

ALSH ESPACE JEUNES LES MEES

PLACE DE LA REPUBLIQUE

04190 MEES

Tél. : 04.92.34.12.11 Fax : Email : espacejeunes.lesmees@orange.fr

OBSERVATIONS

.....

.....

.....

.....

.....

.....