

<input type="checkbox"/> S1 L07/07-M08/07-M09/07-J10/07-V11/07	<input type="checkbox"/> S5 L04/08-M05/08-M06/08-J07/08-V08/08
<input type="checkbox"/> S2 M15/07-M16/07-J17/07-V18/07	<input type="checkbox"/> S6 L11/08-M12/08-M13/08-J14/08
<input type="checkbox"/> S3 L21/07-M22/07-M23/07-J24/07-V25/07	<input type="checkbox"/> S7 L18/08-M19/08-M20/08-J21/08-V22/08
<input type="checkbox"/> S4 L28/07-M29/07-M30/07-31/07-V01/08	<input type="checkbox"/> S8 L25/08-M26/08-M27/08-J28/08-V29/08

Inscrit en 2024

NOM : Prénom :

Adresse : CP -

Date de naissance :/...../..... Age : ans ☎ : /..... /..... /..... /.....

Sexe : Fille Garçon

Attestation d'aisance aquatique fournie **(obligatoire)**

1. INFORMATIONS DES RESPONSABLES LÉGAUX

Assureur : N° du contrat :

Parent 1	Parent 2
NOM : Prénom :	NOM : Prénom :
Adresse :	Adresse :
CP : -	CP : -
☎ : /..... /..... /..... /.....	☎ : /..... /..... /..... /.....
Courriel :	Courriel :

RESPONSABLE DURANT L'INSCRIPTION AU CENTRE de LOISIRS des JEUNES (si différent) :

NOM : Prénom :

Adresse :, CP..... -

☎ 1 : /..... /..... /..... /..... ☎ 2 : /..... /..... /..... /.....

N° allocataire CAF : ; Quotient Familial si Quinocéen :€ (joindre justificatif de domicile et attestation QF de la CAF)

2. VACCINATIONS

Joindre impérativement les photocopies du carnet de santé de l'enfant.
Les vaccinations à jour sont **obligatoires**, sinon joindre un certificat médical datant de moins de trois mois.

3. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE JEUNE

- **VOTRE JEUNE SUIT-IL UN TRAITEMENT MÉDICAL ?** Oui Non

Si oui lequel ?

Avec les médicaments éventuels, merci de joindre une ordonnance récente. Sans celle-ci, aucun médicament ne pourra être donné.

- **LE JEUNE A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?**

Rubéole : oui non ; Varicelle : oui non ; Angine : oui non

Coqueluche : oui non ; Otite : oui non ; Rougeole : oui non

Rhumatisme articulaire aiguë : oui non ; Scarlatine : oui non

- **ALLERGIES :**

Asthme : oui non Médicamenteuse : oui, à quoi : non

Alimentaire : oui non Autres :

- **INDIQUEZ ICI LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ RENCONTRÉES PAR LE JEUNE**, en précisant dates et précautions à prendre (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération chirurgicale, rééducation...)

- Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives ou dentaires ?

4. AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e), responsable légal ou responsable du jeune durant l'inscription (*rayez la mention inutile*), autorise (*Nom et prénom du jeune*) à participer aux activités proposées par le CLJ de Saint-Quay-Portrieux et déclare exacts tous les renseignements portés sur cette fiche.

J'autorise le responsable du CLJ à prendre, si urgence, toutes mesures nécessaires (traitement médical, hospitalisation, intervention médicale) rendues nécessaires par l'état du jeune.

J'autorise la diffusion de photos du jeune sur des supports de communication utilisés par la Mairie ou la presse régionale : oui non

J'autorise le transport du jeune dans le cadre des activités du centre en car ou minibus (conduit par un encadrant qualifié) : oui non

J'autorise le jeune à venir et rentrer seul du CLJ : oui non

J'atteste avoir pris connaissance du Projet Pédagogique et du Règlement intérieur du CLJ disponibles sur le site Internet de la commune et de l'Office de tourisme.

Fait à Signature précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé » :

En date du :/...../2025