

Nom et prénom :

DOSSIER DE PREINSCRIPTION
CONTRAT MUNICIPAL DE LOISIRS
2022-2023

DATE DU RENDEZ-VOUS :

Avec Angélique LAINE

Le : ____ / ____ / ____

A : ____ h ____



Mairie de Sotteville-lès-Rouen
Service Jeunesse
Tél. 02 35 63 60 78
www.sotteville-les-rouen.fr



CONDITIONS A REMPLIR :

- Avoir entre 6 et 19 ans révolus
- Être sottevillais(e)
- Avoir rempli un dossier famille auprès de l'Espace Famille (-1 de la mairie)
- Bénéficiaire d'un quotient CAF inférieur à 500 € (mois de référence Août 2022)
- Etre à jour des règlements antérieurs de ce dispositif

DOCUMENTS A FOURNIR :

- Attestation de la CAF du mois d'Août 2022
- Une photo d'identité récente
- Devis du club ou de l'association



Service Jeunesse

FICHE de liaison

Contrat MUNICIPAL de LOISIRS

Année 2022 / 2023

LE JEUNE

Nom :	Prénom :
Sexe : Garçon <input type="radio"/> Fille <input type="radio"/>	Date de naissance :
☎ Portable :	@ Adresse mail :
Etablissement scolaire du jeune :	

J'autorise le service jeunesse à m'envoyer des sms et emails :
OUI **NON**

ACTIVITE DU JEUNE

Nom de l'activité :
Nom de l'association ou service municipal :
Nom de l'entraîneur ou du professeur :
Jour(s) et horaires de l'entraînement ou de la pratique :

LES PARENTS / LES TUTEURS LEGAUX

Nom :	Prénom :
Adresse :	
☎ Personnel :	☎ Portable :
@ Adresse mail :	
Situation familiale : Célibataire <input type="radio"/> Vie maritale <input type="radio"/> Marié(e) <input type="radio"/> Séparé(e) <input type="radio"/> Divorcé(e) <input type="radio"/> Veuf(ve) <input type="radio"/>	
Nombre d'enfant(s) à charge :	
Profession et lieu de travail du père :	☎ :
Profession et lieu de travail de la mère :	☎ :
N° Allocataire CAF :	

DECHARGE DE RESPONSABILITE

Je soussigné(e) _____ déclare, sincère et exact les renseignements portés sur cette fiche de liaison, et je m'engage à participer aux contreparties, réunions, sorties, manifestations municipales... et autorise l'animateur à prendre toutes les mesures nécessaires en cas de besoins (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale).

AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

J'autorise le photographe de la mairie de Sotteville-lès-Rouen à me prendre en photo pour le Sotteville Magazine (couvertures du magazine et pages intérieures) et les différentes publications municipales (guide, site Internet, affiches...).

Je reconnais être entièrement rempli(e) de mes droits et ne pourrais prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes.

Cette photographie ne sera accompagnée d'aucune information susceptible de vous rendre identifiable, dont le nom ne sera pas mentionné.

Les légendes accompagnant la (ou les) photographie(s) ne porteront pas atteinte à votre réputation et à votre vie privée. Ces utilisations, plus généralement, ne sont pas de nature à nuire ou à causer un quelconque préjudice. ➡

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Nom du médecin traitant :

☎ :

Suivez-vous un traitement médical ? OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom du jeune avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

Avez-vous déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Varicelle	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Angine	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Scarlatine	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Coqueluche	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Rougeole	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Oreillons	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Otite	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>			
Bronchiolites ou Bronchites Asthmatiformes				OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>			

Etes-vous allergique ? OUI NON si oui précisez

Avez-vous une allergie médicamenteuse ? : OUI NON si oui précisez

Faites-vous des crises d'asthme ? : OUI NON

Suivez-vous un régime alimentaire particulier ? OUI NON si oui précisez

Avez-vous une allergie alimentaire ? : OUI NON si oui précisez

Indiquez les autres difficultés de santé en précisant les dates : maladies, accidents, crises convulsives, opérations... Précisez les dates et les précautions à prendre :

INFORMATIONS PARTICULIERES

Fait à : _____

Le : _____

Signature du jeune :