

Délégation en charge des études et du développement social
« Le Village »

Maison des Solidarités et du Partage

FICHE D'INSCRIPTION INDIVIDUELLE 2016 - MINEUR DE PLUS DE 11 ANS

N° d'adhérent :

N° de quittance :

Informations concernant l'adhérent principal :

Nom : Prénom : Sexe : F M

Date de naissance :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Etablissement scolaire fréquenté : Classe :

Portable :

Courriel :

Orientée par :

Fréquentez-vous une autre structure ? Oui Non

Si, oui laquelle ou lesquelles :

Informations concernant le représentant légal:

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse : (si différente de l'adhérent principal)

Code Postal : Ville :

Tél. fixe : Portable :

N° CAF : N° Sécu :

Je soussigné(e) représentant légal de (*Nom, prénom du mineur*)

-déclare et certifie que les informations fournies sur cette fiche sont exactes et m'engage à fournir au CCAS toutes pièces justificatives, si tel est demandé,

-atteste avoir reçu, lu et signé le règlement de fonctionnement de l'établissement.

-autorise (*Nom, prénom du mineur*)
« Le Village » au sein de l'établissement.

à participé aux activités proposées par

Date :

Signatures de l'adhérent principal et de son
représentant légal :

« Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à vous inscrire à la Maison des Solidarités et du Partage « Le Village » et à vous informer des activités qui s'y déroulent. Le destinataire des données est le Centre Communal d'Action Sociale de Nice.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à Centre Communal d'Action Sociale, Délégation en charge des études et du développement social, « Le Village », 06364 Nice cedex 4.

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. »



Délégation en charge des études et du développement social
« Le Village »
Maison des Solidarités et du Partage

MODALITES D'INSCRIPTION AU VILLAGE ANNEE 2016

INSCRIPTION INDIVIDUELLE POUR MINEUR DE PLUS DE 11 ANS

Le montant de l'adhésion individuelle est fixé à **5€** (tarif 2016) pour **les mineurs** de plus de 11 ans, pour douze mois consécutifs.

Lors de l'inscription, le règlement intérieur est remis au représentant légal et au mineur, qui doivent en prendre connaissance et le signer, tous les deux.

Horaires d'ouverture :

Lundi : 14h-18h

Mardi, Mercredi, Jeudi, Vendredi : 9h-18h

Ouverture 3 samedis sur 4, horaires variables. Consulter le planning affiché dans l'établissement.

Le programme de la semaine et du mois sont affichés à l'accueil et disponibles sur la page du C.C.A.S. de Nice : www.ccas-nice.fr.

Pièces justificatives :

- Le **Carnet de santé**

Documents à fournir :

- La **fiche d'inscription** (nous sommes à votre disposition pour vous aider à la remplir) et nous la rapporter accompagnée de :
- Le **règlement de fonctionnement**, daté et signé par le représentant légal et le mineur,
- L'**autorisation relative au droit à l'image**, complétée, datée et signée par le représentant légal,
- La **fiche sanitaire** complétée, datée et signée par le représentant légal.



DIRECTION ADJOINTE DES AFFAIRES JURIDIQUES ET DOMANIALES

Service des Affaires Juridiques, des Assurances et de la Documentation

Par application de l'article 9 du Code Civil et des articles 226-1 et 226-8 du Code Pénal, le droit à l'image est la prérogative reconnue à toute personne de s'opposer, sous certaines conditions, à ce que des tiers non autorisés reproduisent ou diffusent son image. Ainsi, les juges considèrent que « toute personne a, sur son image et sur l'utilisation qui en est faite, un droit exclusif qui lui permet de s'opposer à sa reproduction sans son autorisation expresse et spéciale ».

Je soussigné(e) : *(Nom et prénom)*

.....
(Cocher la case correspondante ci-dessous) représentant légal d'un :

- Pensionnaire de la Résidence :
- Hébergé au sein de l'Etablissement du CCAS :
- Adhérent au Service Animation Seniors : Club
- Adhérent de la Maison des Solidarités et du Partage « Le Village »
- Agent du Centre Communal d'Action Sociale : Service
- Usager d'un Service du CCAS (préciser) :

(Cocher la case correspondante ci-dessous)

ATTESTE avoir pris connaissance de la possibilité de prises de vue ou d'enregistrements vidéo *de mon enfant (NOM Prénom), né(e) le* dans le cadre des activités du Village ou à l'occasion d'événements exceptionnels.

J'AUTORISE le Centre Communal d'Action Sociale de Nice à utiliser ces images ou films exclusivement à des fins non commerciales et de communication interne ou externe du Village, du CCAS ou de la Ville de Nice, et ce pour une durée de 12 mois à compter de la date de la signature de ce document.

Oui Non

Date :

Signature :

(Précédée de la mention « Lu et approuvé »)

Délégation en charge des études et du développement social
« Le Village »
 Maison des Solidarités et du Partage

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : ÂGE :

GARÇON FILLE

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Méningite	
				Autres (préciser)	

**Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.
 Attention : Le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.**

3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? oui non

Si oui, lequel :

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

RUBÉOLE	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	ANGINE	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"/>
VARICELLE	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	SCARLATINE	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
OTITE	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	OREILLONS	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ					oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	

ALLERGIES :

ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES

Si oui, précisez :

GROUPE SANGUIN (facultatif) : RHESUS Positif Négatif

4– DIFFICULTÉS DE SANTÉ DE L’ENFANT

Indiquez les maladies, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....
.....
.....
.....
.....

5 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc ... Précisez.

.....
.....
.....
.....
.....

6 – RESPONSABLE DE L’ENFANT

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

.....

Téléphone fixe : Portable :

Numéro de Sécurité Sociale :

NOM et téléphone du médecin traitant :

Je soussigné(e), responsable légal de l’enfant....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l’état de l’enfant et certifie que mon enfant :

- ne présente pas de contre-indication médicale à la pratique d’activités physiques et sportives
- est à jour de ses vaccinations

Date : Signature :