



C.C.A.S  
VILLE DE NICE

**Délégation en charge des Études et du Développement Social  
« Le Village »**

*Maison des Solidarités et du Partage*

**FICHE D'INSCRIPTION INDIVIDUELLE 2017 - 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 (Facultatif) : \_\_\_\_\_

N° Sécu (Facultatif) : \_\_\_\_\_

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*) \_\_\_\_\_ à participé aux activités proposées par « Le Village » au sein de l'établissement.

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 2017 INSCRIPTION INDIVIDUELLE POUR MINEUR DE PLUS DE 11 ANS

Le montant de l'adhésion individuelle est fixé à 6€ (tarif 2017) 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 en cours sont affichés à l'accueil, et disponibles sur la page du C.C.A.S. de Nice : [www.ccas-nice.fr](http://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.

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	
<b>Ou</b> DT polio				BCG	
<b>Ou</b> 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 :