



## SERVICE JEUNESSE

*Cotisation 2021/2022 – Mode d'emploi*

**Date de dépôt des dossiers ⇒ à partir du 09/08/2021**

Tout dossier incomplet ne pourra être pris en compte

Pour accéder aux différentes activités proposées par le Service Jeunesse (activités Maison des Jeunes, stages, séjours ...), une adhésion annuelle valable de septembre à août est **obligatoire**.

### **Inscription et Renseignements**

- **Au secrétariat du Service Jeunesse**

Bâtiment Jas de Gouin - Allée des Pins

Du lundi au vendredi de 8h30 à 12h00 et de 13h30 à 17h00

Le jeudi de 8h30 à 12h00

Tél. : 04.42.47.71.73 - [service.jeunesse@mairie-fos-sur-mer.fr](mailto:service.jeunesse@mairie-fos-sur-mer.fr)



### **Condition d'inscription**

↳ Cotisation annuelle **de 2€ à 5€ suivant quotient familial**

↳ Avoir 12 ans ou dès l'entrée en sixième à 18 ans moins un jour.

### **Pièces à fournir**

- **Le carnet de santé (original + photocopie)** de la page de vaccination du DT Polio (vaccin obligatoire)
- **Attestation d'assurance responsabilité civile**
- **Avis d'imposition 2020 sur les revenus 2019 du foyer (photocopie)**
- **Un justificatif de domicile** de moins de 3 mois
- **Caf : attestation de paiement des prestations familiales** (moins de 3 mois)

Dans le cas où vous auriez déjà effectué des démarches au Pôle Accueil pour un autre enfant, fournir uniquement **le carnet de santé et l'attestation d'assurance responsabilité civile**.

# FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

Accueil Collectif de Mineurs avec ou sans Hébergement - Séjours et Stages

ANNÉE SCOLAIRE 2021-2022

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

NOM : ..... PRENOM : ..... AGE : .....

Date de naissance : ..... Sexe : Féminin  Masculin

Classe : ..... Ecole fréquentée : .....

Adresse où l'enfant est domicilié : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Votre enfant est-il autorisé à rentrer seul (hors maternelle) ? OUI  NON

Pour les enfants inscrits au Service Jeunesse

⇒ N° de portable de l'enfant : ..... ⇒ Adresse mail de l'enfant : .....

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES RESPONSABLES DE L'ENFANT

**Situation familiale des parents :**

Marié(e)  Vie maritale  Pacsé(e)  Célibataire  Divorcé(e)  Séparé(e)  Veuf(ve)

**Qualité : Père - Mère - Tuteur**

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse (si différente de l'enfant) : .....

Téléphone Portable (**obligatoire**) .....

Nom de l'employeur : ..... Tel Travail : .....

**Qualité : Père - Mère - Tuteur**

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse (si différente de l'enfant) : .....

Téléphone Portable (**obligatoire**) .....

Nom de l'employeur : ..... Tel Travail : .....

Email en **MAJUSCULES** : .....@..... (une seule adresse mail par famille la plus utilisée)

Souhaitez-vous recevoir vos factures par mail ? OUI  NON

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE FOYER OU VIT L'ENFANT

Chez les parents  Chez le Père  Chez la Mère  Tuteur  Famille d'Accueil

**En cas de séparation des parents :**

je certifie avoir la garde :  Conjointe (résidence principale chez un des 2 parents)

Alternée

Exclusive (plus d'autorité parentale pour un des parents/jugement)

**Conjoint du père ou de la mère-Tuteur-Famille d'Accueil :**

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Téléphone Portable (**obligatoire**) .....

Nom de l'employeur : ..... Tel Travail : .....

## CAF

Nom Prénom allocataire : ..... Numéro d'allocataire : .....

Cochez le régime : Général  Maritime  Agricole  SNCF  Autres

NOM et PRÉNOM de l'enfant : .....

**EN CAS D'URGENCE La collectivité s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides**

**Pensez à bien noter toutes les personnes autorisées à récupérer votre enfant pour l'année scolaire**

Nom Prénom (autre que les parents) Mentionner obligatoirement une personne	Téléphone	Personne autorisée à récupérer l'enfant (pour les maternelles la personne doit avoir obligatoirement 15 ans)		Lien par rapport à l'enfant
		oui	non	
		oui	non	
		oui	non	
		oui	non	
		oui	non	
		oui	non	
		oui	non	

#### AUTORISATION PARENTALE PERISCOLAIRE ET EXTRA SCOLAIRE

Je soussigné (e), ....., responsable légal de l'enfant .....  
autorise le responsable de l'accueil collectif de mineurs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical après consultation d'un médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du mineur.

#### AUTORISATION DE L'UTILISATION DE L'IMAGE

J'autorise les services municipaux de la Ville de Fos-sur-Mer à fixer et reproduire l'image de mon enfant par diffusion et publication des films et/ou photographies, sur tous les supports de communication de la Ville, à savoir : le Mensuel de Fos-sur-Mer, le site internet de la Ville, la page Facebook de la Ville, ainsi que les affiches et les documents de communication imprimés par la Ville.  
La présente autorisation est valable jusqu'à dénonciation par lettre recommandée avec accusé de réception.

**OUI**  **NON**

#### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT ACCUEILLI

Nom et téléphone du Médecin traitant : .....

a) Le mineur présente-t-il des troubles de santé ?

- Allergies alimentaires OUI  NON  Préciser à quoi : .....
- Allergies médicamenteuses OUI  NON  Préciser à quoi : .....
- Autres allergies OUI  NON  Préciser à quoi : .....
- Asthme OUI  NON
- Diabète OUI  NON
- Epilepsie OUI  NON
- Autres OUI  NON  Préciser : .....

b) Le mineur suit-il un traitement médical régulier ? OUI  NON  Préciser : .....

Si oui, prendre contact avec le Pôle Accueil ou le service concerné pour la mise en place d'un éventuel PAIM (projet d'accueil individualisé municipal).

c) Le trouble de la santé implique-t-il une conduite particulière à suivre en cas d'urgence pendant le déroulement de l'accueil de loisirs ou le séjour avec hébergement ? OUI  NON

Si oui, PAIM obligatoire à réaliser avant toutes inscriptions.

d) Autres difficultés et précautions à prendre (suivi spécialisé, handicap moteur, troubles du comportement ...) OUI  NON

Si oui, bénéficie-t-il d'une notification MDPH : OUI  NON

AIH : OUI  NON  AVS : OUI  NON

**RECOMMANDATIONS UTILES SIGNALÉES PAR LES PARENTS** (l'enfant ou le jeune porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, problème d'énurésie ...) : .....

#### MENTIONS LEGALES

Le Pôle Accueil Population dispose de moyens informatiques destinés à gérer l'inscription des usagers. Les informations enregistrées sont réservées à l'usage du service concerné et ne peuvent être communiquées. Conformément aux articles 32 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, ainsi qu'au Règlement Général sur la Protection des Données Personnelles (RGPD) du 27 avril 2016, toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations le concernant en s'adressant au Pôle Accueil Population.

La durée de conservation des données est de 5 ans. Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement de celles-ci ou une limitation du traitement. Vous pouvez vous opposer au traitement des données vous concernant et disposez du droit de retirer votre consentement à tout moment en vous adressant au Délégué à la protection des données de la Collectivité à l'adresse suivante : Avenue René Cassin BP5, 13771 Fos-sur-Mer Cedex. Vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Je soussigné(e) ..... certifie, la véracité de l'ensemble des informations communiquées ci-dessus, m'engage à communiquer toutes modifications en cours d'année au service Pôle Accueil et accepte les conditions du règlement intérieur.

Date et signature