

**Tous les champs sont obligatoires**

Nom, prénom du jeune

Ecole

Né(e) le ...../...../..... à ..... Sexe : Féminin  Masculin

**Responsables légaux du jeune**

	Parent 1	Responsable du jeune <input type="checkbox"/>	Parent 2	Responsable du jeune <input type="checkbox"/>
Nom, prénom				
Adresse du domicile				
Tél domicile/portable				
Email				
Situation familiale				
Payeur principal				

CAF DU JURA

AUTRE CAF

MSA

Numéro allocataire :

Montant du Quotient Familial :

(Joindre un justificatif de QF pour les personnes non ressortissantes de la CAF du Jura)

Compagnie d'assurance :

Numéro de contrat :

Personne à joindre en cas d'urgence (Nom Téléphone) :

**Personnes autorisées à récupérer le jeune**

Nom, prénom	Lien de parenté	Numéro de téléphone

Je soussigné(e), responsable légal du jeune inscrit :

- Autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées par le secteur jeunes
- Certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche
- Décharge les organisateurs de toute responsabilité pour tout accident qui pourrait survenir avant ou après les heures d'accueil du secteur jeunes
- Autorise les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale
- Dégage les animateurs du secteur jeunes de toute responsabilité en cas de vol ou de perte d'objet personnel
- Certifie avoir pris connaissance et accepter le règlement intérieur joint ainsi que ces conditions d'utilisations.

Fait à ..... , le ..... Signature :

**INFORMATIONS SANITAIRES :**

Régime alimentaire : Repas du jour  Sans porc  Sans viande  Autre (précisez) : .....

Allergies : .....

L'enfant possède-t-il un PAI ? (si oui, joindre une photocopie du PAI ou un justificatif médical)

OUI  NON

**Médecin traitant :** Nom ..... Téléphone .....

**Je certifie que la vaccination de mon enfant est à jour en fournissant une copie du carnet de vaccination sur le portail ou en main propre. Sans cela, il ne pourra pas participer aux activités.**

Date de dernière mise à jour du carnet de santé : .....

L'enfant suit-il un traitement médical ? (si oui, merci de joindre un justificatif)

OUI  NON

Recommandations utiles (lunettes, appareil dentaire, autres...) :

.....  
.....

**Autorisations :**

- J'autorise mon enfant à rentrer seul à la fin des activités OUI  NON
- J'autorise le secteur jeunes à photographier et/ou filmer mon enfant pour la création de souvenirs ou d'archives OUI  NON
- J'autorise le secteur jeunes à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse, journaux locaux, affiches, paquettes...) OUI  NON

La communauté de communes s'interdit de céder les présentes autorisations à un tiers et de procéder à une exploitation illicite de l'enregistrement de ces images susceptibles de porter atteinte à la dignité, la réputation ou la vie privée de la personne.

**Règlementation Générale de la Protection des Données :**

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la communauté de communes, pour l'inscription de vos enfants au secteur jeunes, qui constitue la base légale du traitement des informations personnelles. Les données seront communiquées aux seuls destinataires suivants : la CAF du Jura, le service de gestion administrative et potentiellement les partenaires (SDJES, prestataires des activités, conseil départemental ou régional, service de l'état...). Les données sont conservées pendant la durée de présence de votre enfant et pendant 5 ans dans le cadre de la justification de la réalité de l'activité auprès des financeurs et des autorités de tutelle. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit de limitation du traitement de vos données. Pour toutes questions ou informations complémentaires, vous pouvez envoyer une demande à l'adresse suivante : [contact@valdamour.com](mailto:contact@valdamour.com)

Fait à ..... , le ..... Signature :