



<u>Réservé à la structure</u>	
Livret de famille	<u> </u>
☐ Attestation d'assurance	Vaccins
☐ Justificatif CAF / MSA	

## **DOSSIER D'ADHÉSION - SERVICE JEUNESSE 2020 - 2021**

LE JEUNE	
NOM :	PRENOM :
Date de Naissance : / /	Garçon 🗖 Fille 🗖
N° de téléphone :////	
Mail :	
REPRESENTANT LEGAL (1) Nom:	REPRESENTANT LEGAL (2) Nom:
Prénom :	Prénom :
☐ Mère ☐ Père ☐ Autre :	
Adresse :	Adresse :
CP/Ville :	CP/Ville :
Téléphone 1 :///	Téléphone 1 : / / /
Téléphone 2 :///	Téléphone 2 : / / /
Mail :	Mail :
Recevoir les infos et programmes par mail $\ \Box$	Recevoir les infos et programmes par mail 🗖
Nom : Prénom : Lien avec le jeune :	D'URGENCE (si impossibilité de joindre les parents).  N° de tél :/// N° de tél :////
Numéro CAF ou MSA auquel est rattach (Si nous n'avons pas de QF, la facturation sera	

## Montant de l'adhésion de septembre 2020 à août 2021, selon le QF :

Quotient Familial	TARIF
<450	6,00€
451-600	6,50€
601-750	7,00€
751-900	7,50€
901-1050	8,00€
1051-1150	8,50€
1151-1300	9,00€
1301-1500	9,50€
1501-1650	10,00€
>1651	10,50€

AUTORISATIONS  DROIT A L'IMAGE OUI NON NON U  J'autorise la mairie à utiliser les images et photos de mon enfant prises durant les activités extrascolaires, conformément à l'article 9 du Code Civil sur le droit à l'image des personnes, sur les communications communales (site internet, bulletin municipal, page FB,).
AUTORISATION DE TRANSPORT OUI NON U  J'autorise le personnel du service à transporter mon enfant pour se déplacer sur le lieu d'une activité située hors du lieu d'accueil (transport en car, minibus, voiture si besoin).
AUTORISATION D'ALLER ET VENIR (Uniquement pour les jeunes de 11 à 13 ans) OUI ☐ NON ☐ J'autorise mon enfant à aller et venir à sa guise sur les horaires d'ouverture du local jeune (14h/18h). Il peut quitter la surveillance de l'animatrice.
RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE JEUNE
N° de Sécurité sociale :
Nom et 🖀 du médecin traitant
Le jeune suit-il un traitement médical ?
OUI 🗖 NON 🗖 (si oui, joindre une ordonnance récente)
Tout traitement médical sans ordonnance ne pourra être donné.
<u>VACCINS OBLIGATOIRES</u> → Merci de joindre la photocopie des vaccins (carnet de santé)
Diphtérie       OUI □ NON □       Ou DT polio       OUI □ NON □         Tétanos       OUI □ NON □       Ou Tétracoq       OUI □ NON □         Poliomyélite       OUI □ NON □
LE JEUNE A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?
Varicelle ☐ Rubéole ☐ Oreillons ☐ Scarlatine ☐ Angine ☐ Coqueluche ☐ Otite ☐ Rougeole ☐
ALLERGIES:
Asthme ☐ Alimentaires ☐ Médicamenteuses ☐ AUTRES (précisez)
Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir.
<u>DIFFICULTÉS DE SANTÉ, REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER, RECOMMANDATIONS DES PARENTS</u>
Indiquez-ci-dessous : <i>Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation</i> en précisant les <b>dates</b> et les <b>précautions</b> à prendre.

Je sc	ussigné(e) : (	Nom	et pr	énom dı	ı jeune)				J		
Je 	soussigné	(e)	/	nous	soussignés :	(Noms	et	prénoms	des	responsables	légaux) : ,
- A hosp	utorisons le vitalisation)	mair rendu	e ou ues n	ı/et son écessair	nts portés sur c représentant es par l'état de <b>térieur du serv</b>	à prend santé du	re le jeune			utes mesures (	médicales,
D	ate:										
S	ignatures pré	cédée	es de	la ment	ion « lu et appı	rouvé » :					
L	e jeune :					Les re	eprés	entants léga	ux :		

	ELEVEMENT SEPA
Référence uni	que du mandat :
Type de contrat :	
En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) la com	mune de LA LIMOUZINIERE à IDENTIFIANT CREANCIER SEP
envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compt votre compte conformément aux instructions de la commune de LA L Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selor convention que vous avez passée avec elle. Une demande de rembo - dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour	LIMOUZINIERE n les conditions décrites dans la pursement doit être présentée : FR39ZZZ509916
DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	DESIGNATION DU CREANCIER
Nom, prénom :	Nom : Commune de La Limouzinière
Adresse :	Mairie Adresse : 10 rue Charles de Gaulle
Code postal :	
Ville:	Code postal : 44310 Ville : LA LIMOUZINIERE
Pays :	Pays : France
Designation Du	COMPTE A DEBITER
DESIGNATION DO	COMPTE A DEBITER
IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)	IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (B.
عاليينا ليبنا ليبنا ليبنا لي	التاليالييا لتاليا
Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif Y Paiement ponctuel Y	
Palement policines 1	
Signé à :	Signature :
Le (JJ/MM/AAAA):	100 to
	E PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEN
ET LE CAS ECHEANT) : Nom du tiers débiteur :	
Holli da della debitata .	
JOINDRE UN RELEVE D'IDENT	TITE BANCAIRE (au format IBAN BIC)
Rappel:	
	non compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvemen