

## DOSSIER INSCRIPTION JEUNE

### Fiche de renseignements

Validité : 3 ans (année scolaire)

Dossier reçu le :

Photo  
à  
coller

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_ Quartier : \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Sexe : Fille  Garçon

N° de téléphone portable du jeune : \_\_\_\_\_

Courriel de la famille: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Le jeune est-il scolarisé    Oui     Non

Année scolaire : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_

Etablissement scolaire : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

	PÈRE	MÈRE
Nom		
Prénom		
ADRESSE	_   _   _   _   _   _   .....	_   _   _   _   _   _   .....
Lieu de travail		
Adresse Courriel	@	@
Tél. Portable	_   _     _   _     _   _     _   _	_   _     _   _     _   _     _   _
Tél. Fixe	_   _     _   _     _   _     _   _	_   _     _   _     _   _     _   _
Tél. Travail	_   _     _   _     _   _     _   _	_   _     _   _     _   _     _   _

Adhésion Pass'Jeune 10 €   
(Pour la jeunesse et le PIJ)

20 €   
(hors CCPOH)

# Renseignements médicaux

*Joindre une photocopie lisible des pages vaccinations du carnet de santé*

NOM du jeune: \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

médecin traitant \_\_\_\_\_ N° de Tél : \_\_\_\_\_

## Personnes à prévenir

Nom	Prénom	Téléphone

### RÉGIME ALIMENTAIRE :

Repas normal                      Ou             Repas sans viande                      Ou             Repas sans porc

**Le JEUNE A-T-IL DES ALLERGIES :**             OUI (*Merci de fournir le P.A.I.*)             NON

Asthme  Médicamenteuse : à préciser \_\_\_\_\_

Alimentaire : \_\_\_\_\_  Autre : \_\_\_\_\_

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

**LE JEUNE SUI-T-IL UN TRAITEMENT MEDICAL :**             OUI                       NON  à la maison

Si OUI (au centre), joindre la photocopie de l'ordonnance médicale et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom du jeune avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris et/ou donné sans ordonnance en cours de validité (maximum 1 an).

### OBSERVATIONS :

# Autorisations parentales

Nous soussignés \_\_\_\_\_

## Autorisation de transport

Autorisons la CCPOH à transporter notre jeune en bus ou en navette dans le cadre des différentes activités mises en place par les services.

## Retour à la maison

Autorisons le retour seul du bus jusqu'à notre domicile et autorisons le retour seul du lieu d'activité jusqu'à notre domicile.

Dégageons la CCPOH de toute responsabilité en cas de problème sur le temps du trajet.

## Autorisation de Filmer/photographier

Autorisons la prise de vue et la publication des images sur lesquelles notre jeune apparaît ; ceci sur différents supports (écrit, électronique, audio-visuel) et sans limitation de durée.

Nous reconnaissons avoir pris connaissance de l'utilisation qui en est faite pour les usages suivants :

- publication dans le magazine intercommunal,
- documents destinés à promouvoir les services et la CCPOH,
- exposition photos dans le cadre des fêtes de fin d'année, anniversaire..., par les services de la CCPOH,
- site internet de la CCPOH,
- promotion des services et des activités dans la presse quotidienne régionale

Si nous recevons des photos ou des films, nous nous engageons à les utiliser uniquement dans le cadre d'un usage familial.

Nous reconnaissons également que les utilisations ne peuvent porter atteinte à notre vie privée et plus généralement, ne sont pas de nature à lui nuire ou à lui causer un quelconque préjudice. Ces prises de vue ne seront pas exploitées dans un but commercial.

Si le jeune prend des photos avec son téléphone portable, la CCPOH se désengage de toutes responsabilités.

La présente autorisation est consentie à titre gratuit et ne donnera en conséquence lieu à aucune rémunération quelle qu'elle soit.

OUI

NON

Certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de fonctionnement et nous engageons à en respecter toutes les clauses.

Déclarons avoir pris connaissance des conditions matérielles d'accueil et du règlement intérieur des services de la CCPOH et certifions que notre jeune est actuellement apte à y séjourner, à y pratiquer les activités et les sorties.

Déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorisons les différents responsables d'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du jeune et à faire pratiquer les interventions d'urgence suivant les prescriptions du médecin.

Nous engageons à payer la part des frais médicaux d'hospitalisation et d'opérations éventuelles non remboursés par la sécurité sociale.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ mention « lu et approuvé »

Signature des représentants légaux

## Documents suivants à fournir photocopiés

Documents obligatoires	
1	Pages vaccins du carnet de santé de l'enfant (lisibles et à jour)
2	2 Photos récentes du jeune
3	Attestation d'assurance en cours de validité (responsabilité civile) à renouveler chaque année scolaire.
4	Certificat médical de non contre-indication à la pratique de toutes activités sportives (valable 3 ans)
5	Pièce d'identité en cours de validité pour toute sortie hors territoire
6	Test d'aisance aquatique ou brevet de natation

Le Président de la Communauté de Communes des Pays d'Oise et d'Halatte a désigné l'ADICO à Beauvais (60000), 5 rue Jean Monnet en qualité de délégué à la protection des données. Les données sont uniquement destinées à la Communauté de Communes des Pays d'Oise et d'Halatte et ne sont transmises à aucun tiers. Elles sont conservées pour une durée de 12 mois. Conformément aux articles 15 à 22 du règlement 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition et de portabilité des données vous concernant. Pour exercer ces droits, nous vous invitons à contacter la Direction de la communication par mail à [communication@ccpoh.fr](mailto:communication@ccpoh.fr) ou à l'adresse postale CCPOH 1 rue d'Halatte - BP 20255 – 60722 Pont-Sainte-Maxence. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation en ligne ou par voie postale à la CNIL.

### Pôle services intercommunal

1 Place Le Châtelier - BP 40256  
60700 Pont-Sainte-Maxence  
Tél. 03 44 29 48 80  
Fax. 03 44 29 48 79  
Mail : [poleservices@ccpoh.fr](mailto:poleservices@ccpoh.fr)

