

Bulletin d'adhésion 2024 - 2025

N°

(1^{ère} adhésion uniquement)

Adhésion réceptionnée par :	Partie à remplir par le CAJ		
Adhésion Talence : 25 €	Adhésion hors Talence : 35 €	Payée en chèque - espèces - CB	Sexe : M F
			ÉTÉ 2024

Renseignements concernant le/la jeune

Nom : Prénom : Date de naissance :

Adresse complète (CP/ville/quartier) :

Tel : Mail :

Classe : Établissement scolaire :

Responsable légal 1

Nom : Prénom :

Adresse complète (CP/ville/quartier) :
(Si différente de celle du/de la jeune)

Tel : Mail :

Numéro Caisse Allocations Familiales : Quotient familial :

Régime de sécurité sociale : Régime général Autres

Profession :

Responsable légal 2

Nom : Prénom :

Adresse complète (CP/ville/quartier) :
(Si différente de celle du/de la jeune)

Tel : Mail :

Profession : Suivi social :
(Nom + Tel)

Autres renseignements

Mode de garde : Par ses deux parents Mère seule Autre (précisez) :
Père seul Alternée

J'autorise le/la jeune à partir et rentrer seul-e à la fin des activités : Oui Non

En plus de **l'envoi par mail**, je souhaite recevoir le calendrier d'activités par courrier :

Je soussigné-e M. Mme autorise le jeune, la jeune à participer aux activités du CAJ, agrément A.C.M n° 033ORG0416 et autorise les responsables à prendre les dispositions nécessaires en cas d'accident.

À Talence, le

Signature du représentant légal

Signature du/de la jeune adhérent-e

Pièces obligatoires à fournir

Tout dossier incomplet ne pourra pas être traité

- Le bulletin d'adhésion rempli et signé
- La fiche sanitaire remplie et signée
- Une copie des pages de vaccins du carnet de santé
- Une copie de l'attestation d'assurance extra scolaire / responsabilité civile
- Une copie de l'attestation de sécurité sociale où figure le nom du jeune
- Une copie du brevet de nage délivré par la piscine (*obligatoire pour participer aux activités nautiques et aux séjours*)
- Une copie du PAI (si le/la jeune en fait l'objet)
- Une copie de l'attestation MDPH / AEEH (si le/la jeune est concerné-e)
- Une copie du jugement (en cas de divorce)

Règlement intérieur

Le règlement intérieur est consultable sur le site internet du CAJ à l'adresse suivante: <https://cajtalence.fr> ou sur place.

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur

Droit à l'image

Je soussigné-e, Madame, Monsieur,
légal du/de la jeune :

agissant en qualité de représentant

Nom : Prénom :

Autorise que l'enfant soit photographié-e et/ou filmé-e : Oui Non

Je permets :

- L'utilisation et la diffusion de ces photographies ou vidéos pour l'ensemble des publications (presse, plaquettes...).
- La diffusion sur site internet.
- La diffusion sur les réseaux sociaux (Instagram, Facebook).
- La diffusion du film sur support amovible (clé USB, disque dur externe...) pour les participant-es.

En cas de changement, veuillez, s'il vous plaît, en informer l'Association.

Fait à :

Le :

Signature du représentant légal

Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles à la santé de votre enfant lorsqu'il est pris en charge en dehors du temps de classe. Elle suit votre enfant dans toutes ses activités. Elle sera présentée aux services de secours en cas d'accident pendant les activités.

Coordonnées générales

Le/la jeune

Nom : Prénom :

Adresse complète (CP/ville/quartier) :

Tel :

Vaccination

Fournir une copie du carnet de santé (pages vaccins). Si le/la jeune n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Renseignements médicaux

L'enfant doit-il suivre un traitement médical régulier ? Oui Non

Si oui, joindre le **protocole d'accueil individualisé** (PAI) et **les médicaments** correspondants dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marqués au nom de l'enfant).

ATTENTION : aucun médicament ne pourra être pris sans ce document.

Allergies :	Médicamenteuses	Oui	Non	Asthme	Oui	Non
	Alimentaires	Oui	Non	Autre	Oui	Non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir, le cas échéant joindre le projet d'accueil individualisé correspondant :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

Recommandations utiles

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc :

Responsable légal

Nom : Prénom :

Tél portable: Tél travail :

Je soussigné-e, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait le : Signature (précédée de la mention lue et approuvée)