



# ESPACE JEUNES

## Fiche d'inscription 2024-2025

### Le jeune :

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Téléphone : .....

Inscrit à l'établissement : .....

### Responsable légal :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Ville : .....

Téléphone : .....

Téléphone à contacter en cas d'urgence : .....

Profession : .....

Email : .....@.....

### Participation à l'Espace Jeunes pour la période :

*L'Espace Jeunes est ouvert les vendredis de 16h30 à 19h30 (hors vacances scolaires). Les jeunes sont libres de venir comme ils le souhaitent sur ces horaires. Des sorties sont susceptibles d'être organisées les samedis.*

Octobre - Novembre - Décembre	Date et signature
Janvier - Février - Mars	Date et signature
Avril - Mai - Juin	Date et signature

N° d'allocataire à la C.A.F./MSAH\* : .....

Quotient Familial C.A.F : .....

**J'autorise** /  **Je n'autorise pas** l'association La Gerbe à consulter les informations de mon dossier allocataire CAF, accessible par internet sur le service Consultation Dossiers Allocataires par les Partenaires (CDAP)\*

\* En cas de non-autorisation, le tarif plein est appliqué.

## Autorisations parentales :

**J'autorise** /  **Je n'autorise pas** mon enfant à rentrer seul.e. de l'Espace Jeunes

En cas de non-autorisation, merci d'indiquer les noms des personnes autorisées à récupérer votre enfant :  
(une pièce d'identité sera demandée)

Nom.....Parenté.....Téléphone.....

Nom.....Parenté.....Téléphone.....

**J'autorise** /  **Je n'autorise pas** l'Association La Gerbe à utiliser, pour ses supports de communication toutes photographies prises durant les activités et sur lesquelles apparaît mon enfant : publicité papier, site internet, facebook, etc...

**J'autorise** /  **Je n'autorise pas** l'Association La Gerbe à utiliser des enregistrements audio de mon enfant dans le cadre de la réalisation de podcasts ou de vidéos publiés sur Internet.

## Montant de la participation financière :

Cadre réservé à l'administration - vous pouvez consulter la grille tarifaire sur notre Site Internet - le montant de la participation dépend du quotient familial de la famille du jeune.

Adhésion annuelle de 15 € à l'association\*

Participation trimestrielle :

Tarif réduit (20€)

Tarif plein (35€)

**OU...**

Participation annuelle :

Tarif réduit (60€)

Tarif plein (105€)

\* l'adhésion vaut pour une année calendaire : 2024, 2025, 2026... non pour une année scolaire.  
Si le jeune est inscrit de septembre à juin, il y aura donc deux adhésions à payer.

## Modalités de paiement :

Vous pouvez payer par chèque (ordre : "Association La Gerbe"), espèces ou virement bancaire.

Paiement en plusieurs fois

Montant mensuel : .....

Paiement en une fois

*N.B : Des sorties spécifiques sont susceptibles d'être organisées au cours de l'année et une participation financière supplémentaire pourra être demandé.*

Je certifie exacte les informations fournies dans cette fiche d'inscription. Je m'engage à compléter la fiche de santé individuelle de l'enfant et n'omettre aucune information importante.

Fait à.....Le..... Signature :



#### **4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Autres informations que vous souhaitez apporter et que vous jugez utiles pour l'accueil de votre jeune :

---

---

---

#### **5 - PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP**

Votre enfant a-t-il une notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) oui  non

Si oui, la notification prévoit-elle un Auxiliaire de Vie Scolaire ?

Votre enfant est-il suivi dans le cadre d'un établissement spécialisé ? oui  non

si oui, lequel ? \_\_\_\_\_

#### **6 - AUTORISATION DE TRANSPORT**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, donne l'autorisation à l'Association La Gerbe, de transporter mon enfant si cela est nécessaire.

#### **7- RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM \_\_\_\_\_

PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

---

Numéros de téléphone:

Mère: portable: \_\_\_\_\_ travail: \_\_\_\_\_

Père: portable: \_\_\_\_\_ travail: \_\_\_\_\_

Nom et téléphone du médecin traitant : : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, et donne l'autorisation au responsable de l'accueil ou au service médical, à prendre, le cas échéant toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

N° de sécurité sociale: \_\_\_\_\_ (joindre l'attestation de prise en charge de la Sécurité Sociale)

Fait à Montpellier le

Signature