



République française  
Ville de Saint-Cloud

Pôle Petite enfance, éducation, jeunesse

## Service Jeunesse Accueil Jeunes 11-17 Formulaire d'adhésion 2018-2019

Réservé à l'administration :	Dossier n° :	Date de réception :
------------------------------	--------------	---------------------

Contact : Accueil Jeunes 11-17 – Tél. : 01 46 02 34 57 - courriel : [accueiljeunes11-17@saintcloud.fr](mailto:accueiljeunes11-17@saintcloud.fr)  
 Service Jeunesse – Tél. : 01 47 71 53 55 – courriel : [jeunesse@saintcloud.fr](mailto:jeunesse@saintcloud.fr)  
 Guichet Unique - Tél. : 01 47 71 56 59 - courriel : [guichet-unique@saintcloud.fr](mailto:guichet-unique@saintcloud.fr)

*À retourner au Guichet-Unique dûment complété et signé accompagné des pièces justificatives*

### Composition du foyer

Adresse : .....

..... Code postal – Ville : .....

Téléphone Domicile : ..... Email foyer : .....

**Adulte 1** (vivant au foyer) : Père  Mère  Autre  : .....

Situation familiale : Marié(e)  Pacsé(e)  Vie maritale  Séparé(e)  Veuf(ve)  Divorcé(e)  Célibataire

Nom : ..... Prénom : .....

Tél. portable : ..... Email : .....

Tél. professionnel : .....

**Adulte 2** (vivant au foyer) : Père  Mère  Autre  : .....

Situation familiale : Marié(e)  Pacsé(e)  Vie maritale  Séparé(e)  Veuf(ve)  Divorcé(e)  Célibataire

Nom : ..... Prénom : .....

Tél. portable : ..... Email : .....

Tél. professionnel : .....

### Adresse de facturation :

Nom du redevable : .....Prénom : .....

Adresse : .....

..... Code postal – Ville : .....

Téléphone : ..... Email : .....

Nom, Prénom de (s) l'enfant(s) vivant au foyer	Né(e) le	sexe	Adulte responsable ne résidant pas avec le(s) enfant(s) : Nom, Prénom, Adresse, Tél. du père, de la mère ou du représentant légal.





République française  
Ville de Saint-Cloud

Petite enfance, éducation, jeunesse

## Service Jeunesse Accueil Jeunes 11-17

### Formulaire d'adhésion 2018-2019

Nom de l'enfant : ..... Prénom : ..... Né(e) le : .....  
Collège/Lycée fréquenté : ..... Classe : .....

Pour participer aux activités de l'Accueil Jeunes 11-17, une adhésion annuelle (année scolaire du 1<sup>er</sup> septembre au 31 août) de **30€** est obligatoire (**35 €** pour les adolescents dont aucun des deux parents ne réside à Saint-Cloud). Elle donne libre accès à l'Accueil Jeunes 11-17 durant les jours et horaires d'ouverture indiqués dans le dossier administratif.

Des activités payantes (sorties) sont proposées durant les vacances, certains mercredis et exceptionnellement les samedis selon **le tarif 1 : 5 € ou le tarif 2 : 10 €**. Cela nécessite impérativement une inscription préalable à retourner au Guichet-Unique selon le calendrier indiqué dans le dossier administratif (dans la limite des places disponibles).

**Vaccination : date du dernier rappel DTP** : .....

#### Police d'assurance

Nom et adresse : .....  
N° de Police : .....

Je soussigné(e) ....., responsable légal, titulaire de l'autorité parentale, autorise :

- L'enfant à se rendre et à quitter librement l'Accueil Jeunes 11-17 durant les heures d'ouverture, **lundi, mardi, mercredi, jeudi, vendredi, samedi de 13h à 19h** durant toute l'année scolaire **ainsi qu'aux sorties organisées exceptionnellement en matinée ou en soirée.**
- L'enfant à être photographié et filmé, ainsi que la diffusion des photos ou vidéos prises dans le cadre des activités de l'Accueil Jeunes 11-17
- La municipalité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de(s) l'enfant(s).
- L'Accueil Jeunes 11-17 décline toutes responsabilités durant les trajets de mon enfant lorsqu'il se rend ou quitte l'Accueil Jeunes 11-17, ainsi que hors de la structure.

#### Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom : ..... Prénom : ..... Qualité : ..... Tél. : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Qualité : ..... Tél. : .....

#### Renseignements pratiques :

- PAI (Projet d'accueil individualisé mis en place pour les enfants souffrant d'une allergie alimentaire ou d'un handicap physique ou mental) :  OUI  NON
- Votre enfant présente-t-il des difficultés de santé ou maladie chronique ou aiguë en cours :  OUI  NON
- Antécédents médicaux ou chirurgicaux :  OUI  NON  
Si oui, fournir dossier médical sous pli cacheté à l'attention du service Jeunesse.

Nom et téléphone du médecin traitant : .....

Je soussigné(e) ..... atteste de l'exactitude des informations figurant dans le présent document et m'engage à respecter les conditions d'inscriptions, de facturation et d'annulation des activités péri et extra scolaires de mon enfant à l'Accueil Jeunes 11-17.

Fait à

le

Signature :

#### Déclaration du jeune :

Je soussigné(e) : ....., déclare avoir pris connaissance des règles de vie de l'Accueil Jeunes 11-17, m'engage à les respecter pour le bon fonctionnement de la structure.

Fait à

le

Signature du jeune :