

BULLETIN D'INSCRIPTION 2021-2022 ANIMATION Atelier Langue Studio

Nom : Prénom : Sexe F G

Né(e) le : A : Département :

N° portable du jeune : Adresse @ du jeune :

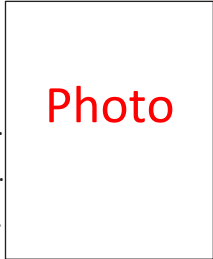
Nom de l'établissement scolaire fréquenté + ville si hors Vélizy :

Classe :

Adresse de résidence : Chez les deux parents Chez la mère Chez le père En garde alternée

Rue : C.P :

Ville :



RESPONSABLES LÉGAUX

MÈRE	PÈRE
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :/...../.....	Date de naissance :/...../.....
Ville et département de naissance :	Ville et département de naissance :
Adresse si différente de ci-dessus :	Adresse si différente de ci-dessus :
Adresse e-mail :	Adresse e-mail :
☎ Domicile :	☎ Domicile :
☎ Port. : ☎ Travail :	☎ Port. : ☎ Travail :
Adresse de facturation : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Adresse de facturation : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

SITUATION FAMILIALE DES PARENTS

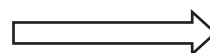
Mariés Pacsés Union Libre Célibataire Divorcés Séparés Veuf (ve)

En cas d'autorité parentale non-conjointe, fournir le document justifiant de l'autorité parentale

AUTORISATIONS

Je soussigné(e), responsable légal du jeune, autorise :

Mon enfant à partir seul après les activités en journée	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Mon enfant à partir seul après les activités en soirée (à partir de 20h)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
La publication des photographies et/ou des vidéos de mon enfant, prises par le Service Jeunesse (les Echos, site Internet de la ville, réseaux sociaux, expositions, application Kidizz, programmes...). Cette autorisation est valable pour 2 saisons et pourra être révoquée à tout moment	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Le Service Jeunesse à informer mon enfant et/ou moi-même (barrer les mentions inutiles) des actualités jeunesse de la ville par le biais de nos adresses @	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Le Service Jeunesse à me transmettre les programmes par courriel et par conséquent à ne plus les envoyer par courrier.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>



PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A VENIR CHERCHER LE JEUNE

Nom et Prénoms	N° de Téléphone	Lien avec le jeune	A contacter en cas d'urgence	Autorisé à venir chercher le jeune
			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

RENSEIGNEMENTS FICHE SANITAIRE

- a. Le jeune doit-il suivre un traitement pendant les activités proposées par le Service Jeunesse ? Oui Non
 Dans l'affirmative joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.
- b. Le jeune a-t-il des allergies, si oui précisez ?.....
 Quelle est la conduite à tenir :
- c. Le jeune a-t-il des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) ? Dans l'affirmative, préciser les précautions à prendre :
- Si votre jeune est allergique ou malade, un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) a-t' il été mis en place : Oui Non
 Dans la négative, merci de compléter l'attestation suivante :

Je soussigné (e),, responsable légal de l'enfant, déclare ne pas avoir mis en place de PAI et atteste que mon enfant ne présente pas de contre-indication à la pratique des activités proposées par le Service Jeunesse.
 Date : Signature :

- d. Préciser si votre jeune porte des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires :
- e. Nom et numéro de téléphone du médecin traitant :

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure ou le directeur de l'accueil jeunesse à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du jeune.
 Date : Signature :

ACCUSÉ DE RÉCEPTION DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Nous déclarons avoir pris connaissance du règlement intérieur ci-joint, nous y soumettre de par le fait de l'inscription et en accepter les termes.

De plus, nous attestons que nous fournirons le certificat d'aptitude à la pratique des activités nautiques et aquatiques pour toutes les activités nécessitant ce document. Dans le cas contraire, notre enfant ne pourra pas participer à ces activités et aucun remboursement ne sera effectué.

Signature des parents

Signature du jeune

Documents à fournir (ne pas cocher les cases) – réservé à l'administration

Réceptionné par :

- Tous les documents sont à fournir si votre jeune n'a pas été inscrit sur la saison précédente.
 *Pour les jeunes ayant été inscrits sur la saison précédente ne pas fournir les documents suivis d'un astérisque, sauf en cas de changement.
- Attestation d'assurance responsabilité civile (extrascolaire) de l'année en cours Justificatif de domicile de moins de 3 mois pour les véliziens
- Photocopie des maladies contagieuses et épidémiques (même si page vierge)* Photocopie des vaccinations *
- Photocopie des hospitalisations (même si page vierge)* Brevet de natation = test nautique *
- En cas d'autorité parentale non-conjointe : documents justifiant de l'autorité parentale *
- Formulaire RGPD signé

Service Jeunesse Vélizy-Villacoublay

14 rue Marcel Sembat 78140 Vélizy-Villacoublay

Tél : 01.34.58.12.29 - Courriel : servicejeunesse@velizy-villacoublay.fr

Vélizy-Villacoublay



FORMULAIRE CONSENTEMENT RGPD

J'accepte que la Commune de Vélizy-Villacoublay, dont le responsable de traitement est Monsieur Le Maire, collecte, enregistre et traite les données à caractère personnel que je viens de renseigner dans ce formulaire ou dans les documents remis. Je prends note que le traitement de mes données répond(ent) au(x) finalité(s) suivante(s) :

- Inscription au service jeunesse dans le cadre des activités proposés.
- Statistiques
- Facturation

J'accepte que certaines de ces informations soient communiquées à des tiers extérieurs agissant pour le compte en lien avec la Commune et/ou à des services internes à la mairie dans le respect des finalités précédemment énoncées. Aussi, vos données ne seront en aucun cas transmises à des fins commerciales.

Vos informations personnelles sont conservées pendant une durée qui ne saurait excéder 10 années sauf si :

- Vous exercez votre droit de suppression des données vous concernant, dans les conditions décrites ci-après ;
- Une durée de conservation plus longue est autorisée ou imposée en vertu d'une obligation légale ou réglementaire.

Je vous informe que vous disposez d'un droit d'accès à toutes les données à caractère personnel recueillies dans le cadre ce formulaire. Vous disposez également d'un droit de retrait de votre consentement à tout moment, de rectification, d'opposition, de restitution et de suppression de vos données en faisant votre demande auprès du service de la Maire qui a procédé à la collecte de la donnée.

Vous pouvez contacter Délégué à Protection des Données à: cil@velizy-villacoublay.fr

Pour toute information complémentaire ou réclamation, vous pouvez contacter la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (www.cnil.fr).

A défaut de consentement quant à la collecte et au traitement de vos données, la Commune ne sera pas en mesure de traiter votre demande.

Date
Signature

Nom-prénom /