



Le **Campus Espace Jeunes** est une structure associative loi 1901 destinée à l'accueil, l'écoute, l'animation et la prévention.

Agréée Jeunesse et Éducation Populaire n° 05-85-544 le 23/05/2005 et est déclarée auprès du Ministère de la Jeunesse et des Sports comme Accueil Loisirs et Jeunes.

Fournir deux photos d'identité

Coordonnées:

Adresse: 6 rue Saint Mathurin – 85400 Luçon.

Tel: 02-51-56-03-66 - **Mail:** info@le-campus.org

Site: www.le-campus.org - **Facebook:** Le Campus Espace Jeunes

FICHE D'ADHESION

CADRE RÉSERVÉ A LA STRUCTURE

Date d'adhésion : ____/____/____

Payé ____ € le ____/____/____

esp. ch. VAC ch. n° ____

Date compte Cyber : ____/____/____

Payé ____ € le ____/____/____

esp. ch. VAC ch. n° ____

CAMPADH

L'adhésion est obligatoire pour participer aux activités du Campus Espace Jeunes ; son coût est de **12€ par an**, valable de date à date ; elle offre également des réductions chez certains commerces de Luçon (liste à consulter sur www.le-campus.org). Je déclare que j'ai pu prendre connaissance des statuts de l'association accessibles au Campus Espace Jeunes ou sur le site internet et je m'engage à respecter toutes les obligations des membres de l'association qui y figurent. Je déclare avoir été également informé des dispositions **de la loi du 6 janvier 1978** qui réglemente le droit de communication des données personnelles me concernant dans le fichier des membres de l'association.

COORDONNEES DE L'ADHÉRENT MINEUR - MAJEUR

NOM et Prénom : _____ Date de naissance : ____/____/____ DEPT : ____

Rue – code postale – ville : _____ Lieu de naissance : _____

Tel. Fixe : _____ Tel. Portable : _____ E-mail : _____

DATE ET SIGNATURE (pour les majeurs)

AUTORISATION PARENTALE

COORDONNEES DU RESPONSABLE

NOM et Prénom : _____ Père Mère Tuteur légal : _____

Rue – code postale – ville : _____

J'atteste sur l'honneur dépendre du régime suivant : Régime général - Régime agricole

N° d'allocataire CAF ou MSA **obligatoire** : _____ Quotient familial < 900 **joindre attestation**

N° de sécurité sociale : _____ Tel. Fixe : _____ Tel. Portable : _____

PROFESSION DES PARENTS :

Mère : _____ Tel. Travail : _____ Père : _____ Tel. Travail : _____

J'autorise le jeune dont je suis responsable :

- à participer aux activités et animations du Campus Espace Jeunes.
- à voyager en voiture individuelle et minibus si nécessaire.
- à rentrer par ses propres moyens à l'issue de l'activité.
- à utiliser les jeux vidéo et la salle informatique de la structure (**voir verso**).

J'autorise les responsables de la structure :

- à utiliser les services informatiques **C.D.A.P** (Consultation des Données d'Allocataires par le partenaire).
- à utiliser l'image de mon enfant pour la communication de la structure.

Je reconnais avoir été informé de l'importance d'avoir **une assurance individuelle accident extra-scolaire** pour mon enfant et étant avisé par ce biais de contracter dans ce cas cette assurance auprès de ma compagnie d'assurance. Je reconnais avoir été informé que toute annulation dans les 14 jours précédant la participation à une activité, non justifiée par un certificat médical, **ne pourra pas faire l'objet d'un remboursement**. Le Certificat médical est à joindre **sous 8 jours au plus tard**.

DATE ET SIGNATURE

L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT MÉDICAL PENDANT LE SÉJOUR ?

- OUI Si OUI 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**).
- NON **!! AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS UNE ORDONNANCE MEDICALE !!**

L'ENFANT A-T'IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

- | | | | |
|------------------|---|------------------------------------|---|
| RUBÉOLE | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| VARICELLE | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | SCARLATINE | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| ANGINE | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | COQUELUCHE | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| OTITE | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | ROUGEOLE | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| OREILLONS | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | |

ALLERGIES

- ASTHMES** OUI NON **ALIMENTAIRE** OUI NON **MÉDICAMENTEUSE** OUI NON

AUTRES : _____

PRÉCISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE : _____

MÉDECIN TRAITANT : _____ **Adresse :** _____ **Téléphone :** _____

VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES DT Polio ou Tetracoq	DATE DERNIER RAPPEL ____/____/____
---	---------------------------------------

INDIQUER LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (Maladies, hospitalisation, crise convulsives, accident, opération, rééducation) avec les dates.

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (lunettes, prothèses auditives / dentaires, etc...)

PIECES A FOURNIR

- Deux photos d'identité
- Une copie du carnet de santé des vaccins à jour, ou un certificat de vaccinations, ou un certificat de contre-indication
- Une photocopie de la carte vitale
- Le règlement de 12€ pour l'adhésion
- Le règlement de 8€ pour l'accès aux ordinateurs (si vous souhaitez payer par chèque, merci de nous fournir deux chèques différents, un pour l'adhésion et l'autre pour l'accès aux ordinateurs. **A l'ordre du Campus Espace Jeunes**).
- Quotient familial à fournir si < 900 pour avoir accès au Tarif 3

SALLE INFORMATIQUE DU CAMPUS ESPACE JEUNES

L'accès aux ordinateurs de la salle informatique de la structure est soumis à une adhésion annuelle, valable de date à date, **d'un montant de 8€**, ainsi qu'à un règlement intérieur qui doit être accepté et signé par le jeune **ET** son responsable. Il est disponible sur demande lors de l'inscription. Ces ordinateurs sont utilisables pour le travail personnel, l'accès aux réseaux sociaux ainsi que les jeux vidéo. L'accès aux consoles de jeux de la structure est simplement soumis à l'adhésion de base du Campus.

SIGNATURE

Je soussigné(e) _____ responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la responsable de la structure à prendre le cas échéant toutes mesures (traitements médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. **MENTION «LU ET APPROUVÉ» AVEC DATE ET SIGNATURE**