

SPOT des Jeunes - BULLETIN D'ADHESION
À remettre à Hautes Terres Communauté

Adhésion annuelle à compter de la date du Valable jusqu'au
31/08/2023.

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse du jeune :

Téléphone :

Adresse e-mail :

Nom et prénom du responsable légal 1 :

.....

Adresse si différente du jeune :

Téléphone :

Adresse e-mail :

Nom et prénom du responsable légal 2 :

.....

Adresse si différente du jeune :

Téléphone :

Adresse e-mail :

- **J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités SPOT auxquelles il est inscrit et je m'engage à m'acquitter des sommes dues pour la participation aux activités payantes.**
- Je déclare avoir pris connaissance du **règlement intérieur du Spot** et m'engage à le respecter.
- Je déclare avoir complété :
 - l'autorisation de droit à l'image
 - l'autorisation de déplacement
 - l'autorisation médicale
 - La fiche sanitaire de liaison
- J'accepte de fournir une attestation de responsabilité civile et une attestation de quotient familial CAF ou MSA
- Je déclare avoir pris connaissance de la notice concernant l'application du Règlement Général sur la protection des données (RGPD) à mes données personnelles issues du présent formulaire. Cette dernière est accessible sur le site internet de Hautes Terres Communauté à l'adresse <https://www.hautesterres.fr/mentions-legales/>.

Signature

Le...../...../.....

À

PARTIE À CONSERVER – ADHESION ANNUELLE SPOT 2022/2023

À compter de la date du :

Nom :

Prénom :

- A joint à la présente adhésion au SPOT des jeunes le paiement de la somme de payé en la forme suivante :

☐ **Espèces**

☐ **Chèques**

☐ **Pass Cantal**

Le...../...../.....

À

Signature de l'adhérent

Signature du représentant du SPOT

AUTORISATION DE DROIT À L'IMAGE
À remettre à Hautes Terres Communauté

Nous, soussigné(e).....

Responsable légal de :

Nom : Prénom :

Usager(s) du SPOT des Jeunes de Hautes Terres Communauté,

☐ **Autorise**

☐ **N'autorise pas**

Le gestionnaire des lieux, Hautes Terres Communauté située 4 rue du Faubourg Notre Dame
15300 Murat,

**- à utiliser l'image de mon/mes enfant(s) prise dans le cadre de leurs activités
ou des animations proposées, sans restriction ni contrepartie financière ;**

**- à fixer, reproduire et diffuser leur image sur tous supports jugés utiles (site
internet, réseaux sociaux, magazine, affiche) pour des actions de communication
institutionnelle ;**

La présente autorisation est valable pour la durée de validité de l'adhésion.

Autorisation établie le/...../.....

À

Signature du responsable légal

AUTORISATION MEDICALE
À remettre à Hautes Terres Communauté

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom :

Prénom :

Numéro de téléphone :

Nous, soussigné(e),

responsable légal de (nom, prénom du jeune)

autorisons le Directeur et/ou l'animateur responsable de l'encadrement à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions chirurgicales d'urgence selon les prescriptions du médecin consulté.

☐ Je m'engage à rembourser tous les frais médicaux qui aurait dû être engagé dès lors qu'ils me seront justifiés.

☐ J'ai complété la fiche sanitaire de liaison de l'enfant et je m'engage à informer le Directeur et/ou l'animateur responsable de tous les changements importants qui auraient une incidence sur sa prise en charge le temps des activités.

☐ Je certifie que mon enfant sait / ne sait pas (*raier la mention inutile*) nager. Je m'engage à fournir un Brevet de Natation pour les activités nautiques qui le nécessiterait.

La présente autorisation est valable pour la durée de validité de l'adhésion.

Autorisation établie le/...../.....

À

Signature du responsable légal

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

À remettre à Hautes Terres Communauté

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le Service Enfance Jeunesse. Elle évite de vous munir du carnet de santé et de remplir d'autres documents ultérieurement.

Nom :

Prénom :

Médecin traitant habituel de l'enfant : (pour le SAMU en cas d'urgence)

.....

Vaccinations (obligatoires pour la vie en collectivité, sinon joindre un certificat médical de contre-indication)

Diphtérie ☐ Dates du dernier rappel / /

Tétanos ☐ Dates du dernier rappel / /

Poliomyélite ☐ Dates du dernier rappel / /

OU DT Polio ☐ Dates du dernier rappel / /

OU Tétracop ☐ Dates du dernier rappel / /

Le jeune a-t-il de l'asthme ?

Non ☐ Oui ☐

Si oui, a-t-il besoin d'un traitement durant l'accueil ?

Non ☐ Oui ☐ Lequel ?

Le jeune a-t-il une allergie alimentaire ?

Non ☐ Oui ☐

Si oui, quels sont les aliments interdits

.....

Merci de fournir une ordonnance avec la conduite à tenir en cas d'ingestion accidentelle

Le jeune a-t-il une allergie médicamenteuse ?

Non ☐ Oui ☐

Si oui, quels sont les médicaments interdits (*informations nécessaires pour le SAMU en cas d'urgence vitale*)

.....

Souhaitez-vous nous communiquer des informations médicales importantes ?

.....
.....
.....
.....

AUTORISATION DE DEPLACEMENT

À remettre à Hautes Terres Communauté

1) J'autorise mon enfant à quitter les lieux en fin d'activité

- ☐ seul
- ☐ avec le (ou les) responsable(s) légal(aux)
- ☐ avec le (ou les) personne(s) citée(s) ci-dessous

Personne 1

Nom :
Prénom :
Numéro de téléphone :

Personne 2

Nom :
Prénom :
Numéro de téléphone :

2) J'autorise mon enfant à prendre le moyen de transport (mini bus, bus, train) mis en place pour déplacer les jeunes sur les lieux de l'activité pour laquelle il est inscrit.

La présente autorisation est valable pour la durée de validité de l'adhésion.

Autorisation établie le/...../.....

À

Signature du responsable légal