



FICHE D'INSCRIPTION

SEPT 2011 – AOUT 2012



L'APIJ est une association d'éducation populaire, créée en 1994, par des jeunes de la communauté de communes du Pays d'Astrée. Cette association atypique, basée à Boën sur Lignon, **ACCOMPAGNE LES 13-25 ANS DANS LA CONSTRUCTION DE LEURS PROJETS** en leur laissant une grande part de **RESPONSABILITÉ** et d'**AUTONOMIE**.

Plus de 350 adhérents participent à la vie de l'APIJ qui place la jeunesse au cœur de son fonctionnement. L'association est en perpétuelle évolution grâce au dynamisme et aux idées de cette jeunesse.

L'APIJ A POUR OBJECTIF DE FAVORISER :

- l'**AUTONOMIE** des jeunes
- l'**ÉPANOUISSEMENT** des jeunes
- l'**EXPRESSION** des jeunes
- le **DÉVELOPPEMENT DES LOISIRS** pour les jeunes

CONTACTS

APIJ
RUE JULES FERRY
42130 BOEN SUR LIGNON

SITE INTERNET : www.apij.fr

TEL : 04-77-24-13-02

PORT : 06-12-66-83-80

MAIL : apij@wanadoo.fr

LE JEUNE

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Age :

Lieu de naissance :

Adresse :

Adresse mail : N° de portable :

Loisirs :

A-t-il déjà participé à une animation ou action de l'APIJ ? Si oui quoi et quand ?

.....

.....

RESPONSABLE DU JEUNE

Nom et prénom:

Adresse courante:

Téléphone domicile :

Portable père: Portable mère:

(Veuillez entourer le numéro à appeler en cas d'urgence)

Adresse mail:@.....

Indiquez 2 personnes en précisant le lien (famille, amis, voisins) à contacter si nous ne pouvons vous joindre :

Nom..... Tél : Lien :

Nom..... Tél : Lien :

Compagnie d'assurance responsabilité civile des parents. et n° de contrat :

.....

N° d'allocataire CAF et coefficient familial :

.....

SANTÉ

ATTENTION : vous devez impérativement fournir la photocopie des vaccins à jour

Le seul vaccin obligatoire est la DTP polio. Les autres vaccins sont recommandés. Cependant, lorsque le jeune a des vaccins complémentaires, il est nécessaire de le signaler car ces informations sont utiles pour le médecin en cas d'incident. Si l'enfant n'a pas été vacciné du fait d'une contre-indication, un certificat médical doit être fourni.

Le jeune a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole : oui non Otite : oui non Rhumatismes articulaire aigüe : oui non
Coqueluche : oui non Angine : oui non Oreillons : oui non
Varicelle : oui non Rougeole : oui non Scarlatine: oui non

L'enfant est-il asthmatique ? oui non

L'enfant a-t-il des allergies ? oui non

Si oui, précisez à quoi et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif)

.....

Le jeune suit-il un régime alimentaire spécifique ? (si oui lequel ?) :

.....

.....

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné, déclare exacts les renseignements portés sur ce document, et autorise l'équipe pédagogique de l'APIJ à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé du jeune.

D'autre part, je m'engage à fournir la photocopie des vaccins de mon enfant à jour, ainsi que, s'il y a lieu, à rembourser à l'association le montant des frais médicaux.

J'autorise également mon enfant à venir et repartir librement en dehors des horaires prédéfinis par les animateurs. (L'APIJ est responsable des jeunes pendant ses temps d'activité)

Enfin, j'autorise, mon enfant à être photographié et filmé dans le cadre des actions et animations de l'APIJ.

À..... le.....

Ecrire "Lu et approuvé" et signer