

DOSSIER D'INSCRIPTION JEUNE MAJEUR 2017 / 2018

Nom, prénom :
 Date de naissance : Sexe : F G
 Lieu de naissance :
 Adresse :
 Téléphone :
 N° Allocataire CAF :
 N° de sécurité sociale :
 Assurance responsabilité civile :

SITUATION

- Scolarisé
 Si oui, établissement fréquenté et formation :

- Salarié
 Sans emploi
 Autre

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM PRÉNOM
 TÉLÉPHONE

Je soussigné

- Autorise l'exploitation d'éventuelles photographies prises lors des activités.
 Souhaite être accompagné pour mener un projet autonome.
 Souhaite proposer une activité et transmettre mes compétences.
 Souhaite participer au créneau Futsall en autonomie avec le centre social de Kérédern.

Brest, le

Signature

A REMPLIR PAR LE SERVICE

Adhésion	Dossier inscription	Attestation médicale	Responsabilité civile	Attestation bénévolat	Attestation tutorat

ATTESTATION DE BÉNÉVOLAT

Je soussigné souhaite participer aux activités du secteur jeunesse comme encadrant.

Je m'engage à faire respecter les règles de l'association et être attentif à la sécurité des mineurs que j'encadre.

Je m'engage à avoir un comportement adapté dans les locaux de l'association toute l'année.

En cas de non-respect des règles, l'équipe d'animation ne fera pas appel à moi.

L'équipe d'animation fournira, en fin d'année, une attestation avec les heures de bénévolat réalisées.

Brest, le Signature

ATTESTATION DE TUTORAT

Je soussigné souhaite accompagner l'équipe sur le projet d'accompagnement à la scolarité et transmettre mes connaissances à un autre jeune.

- Accompagnement d'un collégien
- Accompagnement d'un lycéen
- Accompagnement d'un élève de CM2 le mardi de 16h30 à 18h00

- Présence le lundi pendant h
- Présence le mardi pendant h
- Présence le jeudi pendant h

ATTESTATION MÉDICALE

- Atteste qu'il n'existe aucune contre-indication médicale à la pratique sportive
- Atteste que les vaccins sont à jour
- Atteste avoir donné toutes les informations médicales nécessaires en cas de besoin de prise en charge

Informations diverses (allergie, traitement, maladie particulière) :

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

Les frais médicaux avancés par le PLL en raison de soins engagés restent à charge de l'adhérent.

Brest, le

Signature :