

# FICHE D'INSCRIPTION :

SERVICE JEUNESSE



## Le Jeune

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Garçon  Fille

Portable

Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

## VIGILANCES (à détailler en bas de page)

Régime alimentaire :  oui  non

Allergies :  oui  non

PAI :  oui  non

Troubles :  oui  non

Handicap :  oui  non

Contre indication :  oui  non

Autres  oui  non

## Représentant 1

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Portable

Fixe

Professionnel

@Email \_\_\_\_\_

Situation familiale \_\_\_\_\_

Autorité parentale  oui  non

## Représentant 2

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse (si différente) : \_\_\_\_\_

Portable

Fixe

Professionnel

@Email \_\_\_\_\_

Situation familiale \_\_\_\_\_

Autorité parentale  oui  non

## Personnes autorisées à venir chercher le jeune ou/et à prévenir en cas d'urgence (autres que parents)

NOM : _____	Prénom : _____		Prévenir si urgence	Récupérer le jeune
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Vigilances et recommandations

Expliquez ici le point de vigilance et les conduites à tenir.

## Renseignements médicaux

Nom et téléphone du médecin traitant :

Le jeune a-t-il eu les maladies suivantes ?

Rubéole :  oui  Non | Angine  oui  non | Rougeole  oui  non  
Varicelle :  oui  non | Scarlatine  oui  non | Oreillons  oui  non  
Coqueluche :  oui  non | Otite  oui  non | Rhumatismes articulaires  oui  non

Le jeune a-t-il fait les vaccinations suivantes ?

Diphtérie  oui  non date du dernier rappel :  
Tétanos  oui  non date du dernier rappel :  
DTP  oui  non date du dernier rappel :  
Poliomyélite  oui  non date du dernier rappel :

## Autorisations parentales du 01/09/2019 au 31/08/2020

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ autorise mon enfant ou le service :

### Autonomie

- à être en groupe et sans adulte dans le cadre défini par le service (*grands jeux, temps libres*) :  oui  non
- à rentrer sans adulte autorisé ou seul à l'issue de l'activité :  oui  non

### Droit à l'image

- à diffuser des photos ou vidéos de mon enfant sur les outils de communication web du service et de la collectivité:  
Facebook :  oui  non Instagram :  oui  non Site de la Ville :  oui  non

### Transport

- à être transporté en minibus/car conduit par les animateurs ou un prestataire extérieur:  oui  non

### Informations

à communiquer les évènements :

- sur les adresses mail de la famille :  oui  non
- par SMS sur le portable du jeune :  oui  non
- par SMS sur le portable du représentant 1 ou 2 :  oui  non

### Santé

- les animateurs à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'accident sur le temps d'accueil (*premiers soins, médecin, secours, hospitalisation*) :  oui  non

**Attention : l'équipe ne peut administrer un traitement uniquement si elle est en possession d'une ordonnance. En cas de traitement, les médicaments doivent impérativement être donnés à l'équipe d'animation.**

Je certifie exactes toutes les informations mentionnées sur cette fiche d'inscription et m'engage à informer par écrit le service Jeunesse de toute modification.

Fait à :

Le :

Nom – Prénom et Signature des responsables légaux :

## Document à retourner avec :

- Une attestation de responsabilité civile
- Une copie des vaccins