

PHOTO

# FICHE D'INSCRIPTION 11/17 ANS CLUB JEUNES

Du 1er juillet 2022 au 30 juin 2023



**NOM :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_ Sexe :  M  F  
 Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_  
 N° portable du jeune : \_\_\_\_\_ Adresse Mail du jeune : \_\_\_\_\_  
 Numéro de sécurité sociale (dont le jeune dépend) : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_  
 Nom de l'établissement scolaire fréquenté : \_\_\_\_\_  
 Adresse de résidence : Chez les deux parents  Chez la mère  Chez le père  En garde alternée   
 \_\_\_\_\_  
 Nom et n° de la compagnie d'assurance de l'enfant (responsabilité civile) : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Nbre de frère(s) et sœur(s) : \_\_\_\_\_ Prénom et âge : \_\_\_\_\_

## REPRESENTANT LEGAUX

MERE	PERE
Représentant légal <input type="checkbox"/> Exerçant l'autorité parentale <input type="checkbox"/>	Représentant légal <input type="checkbox"/> Exerçant l'autorité parentale <input type="checkbox"/>
<b>Nom :</b>	<b>Nom :</b>
<b>Prénom :</b>	<b>Prénom :</b>
Date de naissance : .....	Date de naissance : .....
Ville et département de naissance : .....	Ville et département de naissance : .....
N° Allocataire CAF : .....	N° Allocataire CAF : .....
Adresse ci différente de ci-dessus : ..... .....	Adresse ci différente de ci-dessus : ..... .....
Adresse @ : .....	Adresse @ : .....
Tél Domicile : .....	Tél Domicile : .....
Tél Port. : .....Tél Travail : .....	Tél Port. : .....Tél Travail : .....
Adresse de facturation : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Adresse de facturation : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

## SITUATION FAMILIALE DES PARENTS

Mariés  Union Libre  Pacsés  Célibataire  Divorcés  Veuf (ve)   
 En cas d'autorité parentale non-conjointe, fournir le document justifiant de l'autorité parentale

## AUTORISATIONS

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, responsable légal du jeune, autorise :

Mon enfant à partir seul après les activités en journée.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Mon enfant à partir seul après les activités en soirée.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Mon enfant à être filmé ou pris en photo lors des activités et autorise la diffusion sur le site de la ville, journal de la ville et sur tous autres supports, les comptes Facebook, Instagram, Snapchat du Club jeunes.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
La direction du Club jeunes à prendre toutes les mesures d'urgence, tant médicales que chirurgicales y compris éventuellement l'hospitalisation en d'accident survenu à mon enfant.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

## Personne à prévenir en cas d'urgence

Nom Prénom : ..... Lien avec l'enfant : ..... Téléphone.....  
Nom Prénom : ..... Lien avec l'enfant : ..... Téléphone.....  
Nom Prénom : ..... Lien avec l'enfant : ..... Téléphone.....

## Renseignements Médicaux

- a) Le jeune doit-il suivre un traitement pendant les activités proposées par le Club Jeunes ? Oui  Non   
Dans l'affirmative 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). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.
- b) Le jeune a-t-il des allergies, si oui précisez? \_\_\_\_\_  
Quelle est la conduite à tenir \_\_\_\_\_
- c) Le jeune a-t-il des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) ? Dans l'affirmative, préciser les précautions à prendre \_\_\_\_\_

Si votre jeune est allergique ou malade, un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) a-t'il été déposé au service EJE :  
Oui  Non

Dans la négative, merci de compléter l'attestation suivante :

Je soussigné(e),....., responsable légal de l'enfant, déclare ne pas avoir mis en place de PAI et atteste que mon enfant ne présente pas de contre-indication à la pratique des activités proposées par le Service Jeunesse. Date : Signature :

**Recommandations utiles des parents** : votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires etc..... précisez : \_\_\_\_\_

**Vaccinations** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Renseigner les dates des derniers de rappels :

Diptérie, tétanos, poliomyélite ou DT Polio ou tétracoq : \_\_\_\_\_ Rubéole, oreillons, rougeole : \_\_\_\_\_

Coqueluche : \_\_\_\_\_ Hépatite : \_\_\_\_\_ BCG: \_\_\_\_\_ Autres : \_\_\_\_\_

Medecin généraliste : Dr \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Je certifie exacts les renseignements portés sur la présente fiche.

Si des renseignements contenus dans cette fiche changent en cours d'année, je m'engage à le signaler au service EJE ainsi qu'aux responsables du Club Jeunes .

Ainsi, je m'engage à prendre connaissance du fonctionnement et règlement intérieur du Club Jeunes et de l'appliquer.

Toute participation aux activités du club jeunes implique l'acceptation du règlement dans son intégralité.

Lu et Approuvé à Etiolles le,

Signatures des parents ou du représentant légal :

## PIECES OBLIGATOIRE A FOURNIR

- 1 Photo d'identité récente  1 Justificatif de domicile de moins de 3 mois  1 photocopie de la pièce d'identité du mineur ou copie intégrale du livret de famille  Attestation d'assurance responsabilité civile individuelle accident  En cas d'autorité parentale non-conjointe « document justifiant de l'autorité parentale  Brevet de natation  Dernier Avis d'imposition  Photocopie obligatoire du carnet de vaccination à jour  Adhésion de 1€