



# FICHE SANITAIRE D'INSCRIPTION À LA SMJ 2024/2025



## LE JEUNE

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : F – M  
Date de naissance : ...../...../..... Lieu de naissance : .....  
Âge : ..... Établissement scolaire : .....  
N° de téléphone portable du jeune : .....  
Téléphone domicile : .....  
Adresse où réside le jeune : .....  
Ville : ..... Code postal : .....  
(adresse des parents  de la mère  du père   
  
Nom de la compagnie d'assurance civile : ..... N° : .....  
N° de sécurité social (auquel est rattaché l'enfant) : .....

## LA FAMILLE

### Père ou représentant légal

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Profession : .....  
Employeur : .....  
 Travail : .....  
 Portable : .....

### Mère ou représentant légal

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Profession : .....  
Employeur : .....  
 Travail : .....  
 Portable : .....

Adresse mail des parents : .....

Situation Familiale :  Marié  Vie maritale  Séparé  Divorcé  Célibataire  Pacsé  
(En cas de divorce, transmettre le jugement statuant sur les modalités de garde)

### Autres personnes à contacter en cas d'urgence (outre les parents) :

Merci d'informer la personne de la transmission de ses données à la Mairie du Plessis Boucharde pour ce cas d'urgence

Nom : ..... Lien : ..... Téléphone : .....  
Nom : ..... Lien : ..... Téléphone : .....  
Nom : ..... Lien : ..... Téléphone : .....

## VACCINS

Vous devez impérativement transmettre **une copie du carnet de vaccination** de votre enfant. Elle devra être insérée **dans une enveloppe portant son nom**.

Si l'enfant n'a pas fait les vaccins obligatoires (diphtérie, tétanos, poliomyélite ou DT polio ou tétracoq), joindre un certificat médical de contre-indication.

**Attention** : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

# RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

## LE JEUNE A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

<b>COQUELUCHE</b> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	<b>VARICELLE</b> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	<b>ANGINES</b> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	<b>RHUMATISMES</b> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	<b>SCARLATINE</b> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
<b>RUBEOLE</b> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	<b>OTITES</b> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	<b>ASTHME</b> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	<b>ROUGEOLE</b> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	<b>OREILLONS</b> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>

## LE JEUNE A-T-IL DES ALLERGIES OU RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER :

	OUI	NON	PRÉCISIONS ET CONDUITE À TENIR
Asthme			
Alimentaires			
Médicamenteuses			
Régime particulier			
Autres			

## RECOMMANDATIONS (traitements en cours, appareil dentaire, lunettes et références des verres...) ET PROBLÈMES DE SANTÉ (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opérations, rééducation...):

## AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e), ..... Père, Mère, Tuteur,	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<b>Traitement médical</b> : autorise le personnel des accueils de loisirs à administrer un traitement médical à mon enfant sous prescription du médecin par ordonnance.		
<b>Urgences</b> : autorise les responsables de la SMJ à prendre les mesures nécessaires en cas d'accident.		
<b>Activités</b> : autorise mon enfant à participer à différentes activités (sportives, baignades, ...) et sorties proposées par la structure.		
<b>Transport</b> : autorise mon enfant à utiliser les différents moyens de transport nécessaires prévus pour les sorties (train, minibus, véhicules de la commune...).		
<b>Droit d'image</b> : autorise le Plessis-Bouchard à utiliser l'image de mon enfant sur support internet (site de la commune), réseaux sociaux, vidéo ou photographique uniquement pour la présentation et l'illustration de la structure.		
<b>Règlement intérieur de la SMJ</b> : atteste en avoir pris connaissance.		
<b>Déclare exacte les renseignements portés sur cette fiche.</b>		
Fait à ..... Le ..... Signature :		
Je soussigné(e), ....., adhère à la SMJ, avoir bien pris connaissance des points énoncés ci-dessus, et m'engage à les respecter. Fait à ..... Le ..... Signature :		

## DOCUMENTS À FOURNIR EN COMPLÉMENT DE CETTE FICHE

- ⇒ La photocopie d'un justificatif de domicile de moins de 3 mois,
- ⇒ La photocopie du carnet de vaccination sous enveloppe portant le nom de l'enfant.

(à remettre à la SMJ ou au bureau du pôle éducation, enfance, jeunesse et sport)

**L'inscription se fera uniquement à la réception du dossier complet, une facture du montant de l'adhésion (10€) vous sera envoyée par la suite.**