

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 Boucard 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 tétacoq), 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 :

COQUELUCHE NON ☐ OUI ☐	VARICELLE NON ☐ OUI ☐	ANGINES NON ☐ OUI ☐	RHUMATISMES NON ☐ OUI ☐	SCARLATINE NON ☐ OUI ☐
RUBEOLE NON ☐ OUI ☐	OTITES NON ☐ OUI ☐	ASTHME NON ☐ OUI ☐	ROUGEOLE NON ☐ OUI ☐	OREILLONS NON ☐ OUI ☐

LE JEUNE A-T-IL DES ALLERGIES OU REGIME 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,	OUI	NON
Traitement médical : autorise le personnel des accueils de loisirs à administrer un traitement médical à mon enfant sous prescription du médecin par ordonnance.		
Urgences : autorise les responsables de la SMJ à prendre les mesures nécessaires en cas d'accident.		
Activités : autorise mon enfant à participer à différentes activités (sportives, baignades, ...) et sorties proposées par la structure.		
Transport : autorise mon enfant à utiliser les différents moyens de transport nécessaires prévus pour les sorties (train, minibus, véhicules de la commune...).		
Droit d'image : 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.		
Règlement intérieur de la SMJ : atteste en avoir pris connaissance.		
Déclare exacte les renseignements portés sur cette fiche.		
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.