



FICHE D'INSCRIPTION 2017-2018 (MINEUR)
Du 01/09/2017 au 31/08/2018

Pièces à fournir
Originaux
2 Photos d'identité récentes
1 Justificatif de domicile de moins de 3 mois
1 Pièce d'identité du mineur
Attestation d'assurance : responsabilité civile individuelle accidents
Photocopie obligatoire du carnet de vaccination à jour.

ENFANT Dossier n°

NOM : **Prénom :**
Date de naissance : Age : Sexe M F
Adresse :
Ville : L'Hay-les-Roses
Quartier : Jardin Parisien Lallier Centre Blondeaux Petit Robinson
 Vallée aux Renards
Mail :

RESPONSABLE (Père, mère, tuteur)

NOM : **Prénom :**
Adresse : Ville :
Tél domicile : Portable :
Professionnel : Mail :

Conjoint :

NOM : **Prénom :**
Adresse : Ville :
Tél domicile : Portable :
Professionnel : Mail :
Mail : Professionnel :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

NOM : Téléphone :
NOM : Téléphone :

Renseignements médicaux concernant l'enfant ;

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Varicelle	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Rhumatisme	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Scarlatine	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Rougeole	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non			

L'enfant a-t-il des allergies ?

Médicamenteuses	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	lesquelles.....	réactions.....
Alimentaires	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	lesquelles.....	réactions.....
Asthme	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	lesquelles.....	réactions.....
Autre :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	lesquelles.....	réactions.....

Recommandations

Votre enfant porte t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ?

Précisez.....

Observations.....

Je soussigné (e) Nom et prénom (responsable de l'enfant)

Agissant en qualité de : (père, mère, tuteur)

- Déclare que mon enfant : sait nager (fournir le brevet de 25 mètres et test anti panique)
 ne sait pas nager et ne peut pas participer aux activités nautiques

- Déclare avoir souscrit une assurance « responsabilité civile individuelle accident » pour le jeune mentionné ci-dessus.

Nom de l'assureur : Numéro..... Date de fin.....

- Autorise que mon enfant soit photographié ou filmé lors des activités et que ces images soient utilisées pour les publications du SMJ : oui non

- Autorise à faire pratiquer en cas d'urgence, et sur avis médical, les soins, hospitalisation ou actes chirurgicaux nécessaires si besoin.

L'Hay-les-Roses, le
Signature (précédée de la mention lu et approuvé)

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à gérer les inscriptions aux activités du service municipal de la Jeunesse. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant vous et votre enfant. Vous pouvez exercer ce droit en vous adressant au service municipal de la Jeunesse.