



FICHE D'INSCRIPTION 2016-2017 (MINEUR)
Du 01/06/2016 au 30/06/2017

| |
|--|
| <p>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) Carnet de vaccination à jour</p> |
|--|

| | |
|--|------------------|
| ENFANT | Dossier n° |
| NOM : Prénom : | |
| Date de naissance : Age : Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | |
| Adresse : | |
| Ville : L'HAY-LES-ROSES | |
| Quartier : <input type="checkbox"/> JP <input type="checkbox"/> Lallier <input type="checkbox"/> Centre <input type="checkbox"/> Blondeaux <input type="checkbox"/> Petit Robinson <input type="checkbox"/> 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 ;

Service Municipal de la Jeunesse 34 bis rue des Tournelles 94240 L'Hay-les-Roses
Tél : 01 49 08 02 30. Mail : service.jeunesse@ville-lhay94.fr

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.