

Service Municipal de la Jeunesse
FICHE D'INSCRIPTION 11-17 ANS
CARTE JEUNE 2025 - 2026
 Du 31/08/2025 au 31/08/2026

MERCI DE BIEN VOULOIR ECRIRE EN MAJUSCULES ET LISIBLEMENT

JEUNE

NOM : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Age : Sexe : ☐ M ☐ F

Adresse : Ville : L'Hay-Les-Roses

Quartier :

☐

Blondeaux

☐

Centre

☐

Jardin Parisien

☐

Lallier

☐

Petit Robinson

☐

Vallée-aux-Renards

Établissement Scolaire :

Classe :

Mail (*jeune*) : Téléphone (*jeune*) :

RESPONSABLES DU MINEUR

RESPONSABLE 1

NOM : Prénom :

Adresse : Ville :

Tél domicile : Tél portable : Tél travail :

Adresse mail :

RESPONSABLE 2

NOM : Prénom :

Adresse : Ville :

Tél domicile : Tél portable : Tél travail :

PIÈCES À PRÉSENTER (ORIGINAUX)

- ✓ 1 justificatif de domicile de moins de 3 mois
- ✓ Attestation d'assurance RCI (Responsabilité Civile et Individuelle)
- ✓ 2 photos d'identité récentes
- ✓ Adhésion : 1 €
- ✓ Test anti panique OBLIGATOIRE pour participer aux activités nautiques et aquatiques (ski nautique, voile...)

TSVP ->



FICHE SANITAIRE DE LIAISON (document confidentiel)

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou au certificat de vaccinations)

Vaccinations obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Hépatite B	
Ou DT Polio				BCG	
Ou Tetracoq				Autres : (Préciser)	

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

VOTRE ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT MÉDICAL SPÉCIFIQUE ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, joindre obligatoirement une copie du certificat médical présentant le protocole et la conduite à tenir. Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

NOM ET TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT :

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

Agissant en qualité de (père, mère, tuteur)

- Déclare que mon enfant sait nager : test anti panique à fournir OBLIGATOIREMENT à l'inscription. Sans ce document mon enfant ne pourra participer aux activités nautiques (piscine, mer...).
- 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 le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, en cas d'urgence, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé du mineur : OUI ☐ NON ☐
- Autorise que mon enfant participe aux activités et aux accueils périscolaires :
OUI ☐ NON ☐

Les informations recueillies sont enregistrées dans un fichier par la Commune de L'Haÿ-les-Roses, 41 rue Jean Jaurès, 94240 L'HAY-LES-ROSES par l'intermédiaire de son représentant : M. le Maire. Un délégué à la protection des données personnelles est désigné pour cette structure : Mme Lauranne COSSON, Hôtel de Ville, 41 rue Jean Jaurès, 94240 L'HAY-LES-ROSES.

La finalité du traitement est Gestion administrative de la carte Jeunes. La base légale du traitement est une mission d'intérêt public. Le destinataire des données est en interne : le service jeunesse. Ces données seront conservées deux ans.

Conformément à la réglementation en vigueur, vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et d'un droit de rectification et d'effacement en contactant : le service jeunesse. Vous pouvez également saisir la CNIL pour une réclamation.

Fait à L'Haÿ-les-Roses,

Signature (précédée de la mention lu et approuvé)

le/...../.....



Service Municipal de la Jeunesse 34 Bis rue des Tournelles 94240 L'Haÿ-Les-Roses - Tél : 01 49 08 02 30

Mail : service.jeunesse@ville-lhay94.fr