

photo de l'enfant

Année 20 - 20

Fiche d'inscription

Service Municipal de la Jeunesse

LYCÉENS

PIÈCES À FOURNIR : un document justifiant de l'âge de l'inscrit et un justificatif de domicile

L'enfant

Nom _____ Prénom(s) _____

Date de naissance _____ Téléphone portable _____

Adresse _____

Classe _____ Établissement fréquentée _____

Mail _____

Père

Mère

Nom _____

Prénom(s) _____

_____ Date de naissance _____

Adresse _____

_____ Téléphone fixe _____

_____ Téléphone portable _____

_____ Téléphone professionnel _____

_____ Mail _____

_____ N° de sécurité sociale _____

_____ Adresse du centre payeur _____

_____ Mutuelle (nom) _____

_____ N° mutuelle _____

INSCRIPTION AUX ATELIERS

Cirque* Hip-hop*

*un certificat médical est obligatoire pour la pratique de ces ateliers

INFORMATIONS JEUNESSE

Souhaitez-vous recevoir des informations du service jeunesse, et de quelle(s) façon(s) ?

Téléphone Courriel Facebook Twitter

SMS Courrier Instagram Snapchat

Seriez-vous disposé à participer à une présentation de votre métier ? **oui** **non**

profession père **profession mère**

AUTORISATION D'IMAGE

 J'autorise Je n'autorise pasDATE

la ville de Chevilly-Larue à utiliser les images photographiées ou filmées représentant mon enfant sur les supports de communication, sites internet et réseaux sociaux de la ville, afin d'informer et d'illustrer lesdites publications municipales exclusivement, excluant toute utilisation commerciale..

Signature du responsable légal

Je déclare sur l'honneur que mon enfant n'est pas lié(e) par contrat exclusif à l'utilisation de son image ou de son nom. Cette autorisation vaut pour une durée illimitée et pour tout le territoire communal.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

VACCINATIONS Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole - Oreillons - Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT polio				Autre(s) <i>(préciser)</i>	
ou Tétracoq					
BCG					

A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?	OUI		NON		OUI		NON	
	Rubéole			Coqueluche				
	Varicelle			Otite				
	Angines			Rougeole				
	Rhumatismes articulaires			Oreillons				
	Scarlatine							

RECOMMANDATIONS DES PARENTS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES : <i>(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)</i>	DATES		

ACTUELLEMENT, L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? non oui Si oui, lequel ?

JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MÉDICAMENTS SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT LES ACTIVITÉS.

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'activité ou de la sortie à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je l'autorise à quitter seul le SMJ Je l'autorise à participer aux sorties du SMJ

DATE

Signature du responsable légal

.....