Fiche d'inscription Service Jeunesse Année 2023-2024

	PARENT 1	PARENT 2
NOM	……	……
Prénom	……	……
		Si différent du Parent 1
Adresse	……	……
	……	……
Téléphones :		
- **Domicile**	……	……
- **Portable**	……	……
- **Travail**	……	……
Adresse Mail :	……	……

Allocataire (merci de cocher la case) CAF ❐ MSA ❐ AUTRE ❐

N°d'allocataire : …… Quotient familial : ……

N° contrat assurance extrascolaire : ……

Merci de présenter les justificatifs (Allocataire et attestation d'assurance)

Jeune : Fille ❐ Garçon ❐

NOM : ……

Prénom : ……

Né(e) le : ……/……/……

Collège/Lycée fréquenté (nom et commune) : ……

……

Classe : ……

Le cas échéant :
Téléphone portable :
……
Adresse mail :
……

AUTORISATION PARENTALES

Je soussigné(e) …… , responsable légal de…… autorise le responsable du service jeunesse à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant .

DROIT A l'IMAGE

J'autorise l'équipe du service jeunesse à prendre des photos ou des vidéos lors des accueils, qui pourront être utilisées comme support de communication afin de valoriser des actions du service jeunesse : Oui ❐ Non ❐

UTILISATION DES DONNEES

J'autorise le service jeunesse à utiliser mes coordonnées personnelles (adresse postale, téléphone, mail) afin de me communiquer des informations relatives au service jeunesse et non à des fins commerciales : Oui ❐ Non ❐

AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné(e) ……, responsable légal de ……

- autorise mon enfant à rentrer seul : OUI ❐ NON ❐
- Autorise M. ou Mme …….. à récupérer mon enfant
- Autorise mon enfant à utiliser les moyens de transport nécessaires lors des sorties (bus, minibus, véhicule individuel): OUI ❐ NON ❐

Certifié exact,

Signature du représentant légal :

Service JEUNESSE
Commune de NOYANT-VILLAGES

Route de MEIGNE –NOYANT
49490 NOYANT-VILLAGES
07 86 26 15 50
service.jeunesse@noyant-villages.fr

Fiche sanitaire de liaison Année 2023-2024

NOM ET PRENOM DU JEUNE : .....

NOM DU MEDECIN TRAITANT : .....

REGIME ALIMENTAIRE :

❒ Classique ❒ Végétarien ❒ Sans Porc ❒ Autres : .....

VACCINATIONS

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination ou nous fournir les copies du carnet)

VACCINS	OUI	NON	DATES DERNIER RAPPEL	Autres VACCINS	DATES
Diphtérie				BCG	
Tétanos				Rubéole Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Autres (préciser)	
Ou DTP polio					
Ou Tétracoq					

(Si le jeune n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication)

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Le jeune suit-il un traitement médical ? OUI ❒ NON ❒

Si oui, merci de joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boites de médicaments dans leur emballage d'origine marqués eu nom du jeune avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Le jeune a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

	OUI	NON		OUI	NON
Rubéole			Scarlatine		
Coqueluche			Rougeole		
Varicelle			Otite		
Angine			Oreillons		

Allergies :

	OUI	NON
Asthme		
Médicamenteuses		
Alimentaires		
Autres		

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

.....

Indiquez ci-après les difficultés de santé du jeune (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

.....

RECOMMANDATIONS UTILES

Le jeune porte-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ou tout autre renseignement que vous jugerez utiles :

.....

.....

Service JEUNESSE
Commune de NOYANT-VILLAGES

Route de MEIGNE –NOYANT
49490 NOYANT-VILLAGES
07 86 26 15 50
service.jeunesse@noyant-villages.fr

Certifié exact,

Signature du représentant légal :