

ENFANT

ANNEE: 20.....

QUOTIENT FAMILIAL*

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

SEXE : GARCON

FILLE

ADRESSE :

TELEPHONE DU JEUNE :

* Le quotient familial se calcule à partir du dernier avis d'imposition, directement en Mairie.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical?

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant, avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU DES ALLERGIES?

ASTHME:

MÉDICAMENTEUSES:

ALIMENTAIRES:

AUTRES (PRÉCISEZ):

.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, merci de le signaler)

.....
.....
.....
.....
.....

INDIQUEZ CI-APRÈS:

LES ÉVENTUELLES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE(S), ACCIDENT(S), CRISE(S) CONVULSIVE(S), HOSPITALISATION(S), REÉDUCATION, ...) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE :

.....
.....
.....
.....
.....

Merci de joindre un certificat médical datant de moins de trois mois (pour les non licenciés), ou une photocopie de la licence sportive et une copie de l'attestation d'assurance individuelle corporelle.

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILES, DES PROTHESES AUDITIVES, PROTHESES DENTAIRE, ... PRECISEZ

.....
.....
.....
.....
.....

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

ADRESSE MAIL :

TEL. FIXE/PORTABLE : TEL. PROFESSIONNEL :

NOM ET TEL; DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné(e), Mr, Mme

.....

- Déclare sur l'honneur détenir l'autorisation parentale requise pour inscrire l'enfant;

- Autorise le chef de l'établissement ou la personne responsable à hospitaliser mon enfant si nécessaire, à faire pratiquer sur mon enfant, par le corps médical, tous les soins d'urgence, examens, investigations, interventions chirurgicales - y compris l'anesthésie - que son état nécessiterait :

OUI

NON

- Autorise la ville du Perray-en-Yvelines à utiliser image et vidéos dans lequel apparaitrait mon enfant et ce pour tout support de communication pouvant être utilisé/créé par la ville:

OUI

NON

- Certifie sur l'honneur de l'exactitude des renseignements fournis sur la présente fiche et m'engage à signaler toute éventuelle modification.

Fait au Perray-en-Yvelines, le 20.....

Signature du jeune participant

Signature du responsable légal

ENFANT

ANNEE: 20.....

QUOTIENT FAMILIAL*

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

SEXE : GARCON

FILLE

ADRESSE :

TELEPHONE DU JEUNE :

* Le quotient familial se calcule à partir du dernier avis d'imposition, directement en Mairie.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical?

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant, avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU DES ALLERGIES?

ASTHME:

MEDICAMENTEUSES:

ALIMENTAIRES:

AUTRES (PRECISEZ):

.....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication, merci de le signaler)

.....
.....
.....
.....
.....

INDIQUEZ CI-APRES:

LES EVENTUELLES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE(S), ACCIDENT(S), CRISE(S) CONVULSIVE(S), HOSPITALISATION(S), REEDUCATION, ...) EN PRECISANT LES PRECAUTIONS A PRENDRE :

.....
.....
.....
.....
.....

Merci de joindre un certificat médical datant de moins de trois mois (pour les non licenciés), ou une photocopie de la licence sportive et une copie de l'attestation d'assurance individuelle corporelle.

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-TIL DES LENTILES, DES PROTHESES AUDITIVES, PROTHESES DENTAIRE, ... PRECISEZ

.....
.....
.....
.....
.....

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

ADRESSE MAIL :

TEL. FIXE/PORTABLE : TEL. PROFESSIONNEL :

NOM ET TEL; DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné(e), Mr, Mme

.....

- Déclare sur l'honneur détenir l'autorisation parentale requise pour inscrire l'enfant;

- Autorise le chef de l'établissement ou la personne responsable à hospitaliser mon enfant si nécessaire, à faire pratiquer sur mon enfant, par le corps médical, tous les soins d'urgence, examens, investigations, interventions chirurgicales - y compris l'anesthésie - que son état nécessiterait :

OUI NON

- Autorise la ville du Perray-en-Yvelines à utiliser image et vidéos dans lequel apparaîtrait mon enfant et ce pour tout support de communication pouvant être utilisé/créé par la ville:

OUI NON

- Certifie sur l'honneur de l'exactitude des renseignements fournis sur la présente fiche et m'engage à signaler toute éventuelle modification.

Fait au Perray-en-Yvelines, le 20.....

Signature du jeune participant

Signature du responsable légal