

1 ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : ____ / ____ / ____ Garçon Fille
Téléphone portable : _____ Quotient familial :
Classe : _____

2 RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : ____ / ____ / ____ Père Mère
Adresse : _____
CP : _____ Ville : _____
Téléphone fixe : _____ Téléphone portable (mère) : _____
Téléphone portable (père) : _____
Adresse mail : _____
Numéro de sécurité sociale (dont dépend l'enfant) : _____

3 VACCINATIONS

Nous fournir obligatoirement une copie de la page DTP du carnet de vaccination.

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

4 RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

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

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

rubéole varicelle angine rhumatisme articulaire aigu
scarlatine coqueluche otite rougeole oreillons

Allergies

asthme médicamenteuse alimentaires

autres : _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, merci de le signaler)

4 RENSEIGNEMENTS MEDICAUX (SUITE)

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

Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.

Précisez : _____

5 AUTORISATIONS

Je soussigné(e) M/Mme _____

- déclare sur l'honneur détenir l'autorisation parentale requise pour inscrire l'enfant :

oui

non

- autorise mon enfant à fréquenter la structure aux horaires de fonctionnement et à participer à toutes les activités organisées par l'AJP :

oui

non

- autorise mon enfant à être transporté (transports en commun, minibus, voiture), dans le cadre de toutes les activités organisées par l'équipe d'animation :

oui

non

- autorise la ville du Parray-en-Yvelines à diffuser les photos et/ou vidéos prises au sein de l'AJP, sur le site internet de la ville ou tout autres support numérique ou imprimé :

oui

non

- autorise mon enfant à utiliser le matériel numérique de la structure :

oui

non

Je certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur la fiche sont exacts et m'engage à signaler toutes les éventuelles modifications. J'accepte les conditions du règlement intérieur de la structure après en avoir pris connaissance .

Fait à _____ le _____ / _____ / _____

Signature du jeune

Signature du responsable légal

1 ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : ____ / ____ / ____ Garçon Fille
Téléphone portable : _____ Quotient familial :
Classe : _____

2 RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : ____ / ____ / ____ Père Mère
Adresse : _____
CP : _____ Ville : _____
Téléphone fixe : _____ Téléphone portable (mère) : _____
Téléphone portable (père) : _____
Adresse mail : _____
Numéro de sécurité sociale (dont dépend l'enfant) : _____

3 VACCINATIONS

Nous fournir obligatoirement une copie de la page DTP du carnet de vaccination.

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

4 RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

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

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

rubéole varicelle angine rhumatisme articulaire aigu
scarlatine coqueluche otite rougeole oreillons

Allergies

asthme médicamenteuse alimentaires

autres : _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, merci de le signaler)

4 RENSEIGNEMENTS MEDICAUX (SUITE)

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

Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.

Précisez : _____

5 AUTORISATIONS

Je soussigné(e) M/Mme _____

- déclare sur l'honneur détenir l'autorisation parentale requise pour inscrire l'enfant :

oui **non**

- autorise mon enfant à fréquenter la structure aux horaires de fonctionnement et à participer à toutes les activités organisées par l'AJP :

oui **non**

- autorise mon enfant à être transporté (transports en commun, minibus, voiture), dans le cadre de toutes les activités organisées par l'équipe d'animation :

oui **non**

- autorise la ville du Parray-en-Yvelines à diffuser les photos et/ou vidéos prises au sein de l'AJP, sur le site internet de la ville ou tout autres support numérique ou imprimé :

oui **non**

- autorise mon enfant à utiliser le matériel numérique de la structure :

oui **non**

Je certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur la fiche sont exacts et m'engage à signaler toutes les éventuelles modifications. J'accepte les conditions du règlement intérieur de la structure après en avoir pris connaissance .

Fait à _____ le _____ / _____ / _____

Signature du jeune

Signature du responsable légal