

JEUNE

Nom : Prénom : Sexe F M

Né(e) le : A :

N° de portable du jeune Adresse @ du jeune :

Etablissement scolaire fréquenté

nom de l'établissement : Classe :
(préciser la ville si hors Vélizy)

Résidence

- Chez les deux parents → Préciser adresse :
- Chez la mère → Préciser adresse ① :
- Chez le père → Préciser adresse ② :
- En garde alternée → Préciser adresse ① et ② ci dessus

RESPONSABLES LEGAUX

MERE

Nom : Prénom :

Coordonnées

☎ domicile : ☎ Portable : ☎ Travail :

Courriel :

Employeur

Nom : Adresse :

PERE

Nom : Prénom :

Coordonnées

☎ domicile : ☎ Portable : ☎ Travail :

Courriel :

Employeur

Nom : Adresse :

SITUATION FAMILIALE DES PARENTS

Mariés Union libre Pacsés Célibataire Veuf(ve)

Séparés (fournir une copie de la décision du Juge Aux Affaires Familiales)

Divorcés (fournir une copie du jugement de divorce)

En cas de séparation ou de divorce, préciser l'autorité parentale :

Conjointe à la mère au père

AUTORISATIONS

Je soussigné(e),, responsable légal du jeune, l'autorise :

- ✓ A partir seul après les activités en journée Oui Non
- ✓ A partir seul après les activités en soirée Oui Non
- ✓ Autorise la publication des photographies et/ou des vidéos de mon enfant, prises par l'Espace jeunesse (les Echos, Site Internet de la ville, expositions, programmes...) Oui Non
- ✓ Autorise l'Espace Jeunesse à informer mon enfant et/ou moi-même (barrer les mentions inutiles) des actualités jeunesse de la ville par le biais de nos adresses @ ou de nos portables Oui Non

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A VENIR CHERCHER LE JEUNE

Nom & Prénom	N° de téléphone	Lien avec le jeune	A contacter en cas d'urgence (cocher la case)	Autorisé à venir chercher le jeune (cocher la case)

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

a. Le jeune doit-il suivre un traitement pendant les activités proposées par l'Espace Jeunesse ? Oui Non
 Dans l'affirmative joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

b. Le jeune a-t-il les allergies suivantes ?

Asthme	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Médicamenteuses	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Alimentaires	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Autres : préciser	<input type="text"/>			

Préciser les causes de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler).

.....

.....

c. Le jeune a-t-il des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) ? Dans l'affirmative, préciser les précautions à prendre.

.....

.....

d. Préciser si votre jeune porte des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires...

.....

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure ou le directeur de l'accueil jeunesse à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du jeune.

Date :

Signature

ACCUSE DE RECEPTION DU REGLEMENT INTERIEUR

Nous déclarons avoir pris connaissance du règlement intérieur ci-joint, nous y soumettons de par le fait de l'inscription et en acceptant les termes. Des infractions graves au règlement ou des négligences répétées peuvent entraîner la suspension temporaire ou définitive de l'accès à l'Espace Jeunesse.

Signature des parents

Signature du jeune

Documents à fournir (ne pas cocher les cases)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Photocopie du livret de famille (parents et enfant) | <input type="checkbox"/> Attestation de l'assurance en responsabilité civile |
| <input type="checkbox"/> Justificatif de domicile pour les Véliziens (moins de 3 mois) | <input type="checkbox"/> Attestation de quotient familial (si nécessaire) |
| <input type="checkbox"/> Photocopie des vaccinations | <input type="checkbox"/> Certificat d'aptitude à la pratique des activités nautiques |
| <input type="checkbox"/> Photocopie des maladies infantiles | <input type="checkbox"/> Attestation de la carte vitale |
| <input type="checkbox"/> Documents justifiant la situation familiale des parents | |

Cadre réservé à l'administration

Dossier réceptionné par :

N° d'inscription :

Quotient familial :

Carte donnée