

**BULLETIN D'INSCRIPTION 2018-2019**     ANIMATION     Atelier Langue     Studio

 Nom : ..... Prénom : ..... Sexe F  G 

Né(e) le : ..... A : ..... Département : .....

N° portable du jeune : ..... Adresse @ du jeune : .....

Numéro de sécurité sociale (dont le jeune dépend) : ..... Classe : .....

Nom de l'établissement scolaire fréquenté + ville si hors Vélizy : .....

 Adresse de résidence : Chez les deux parents  Chez la mère  Chez le père  En garde alternée 

Rue : ..... C.P : .....

Ville : .....

Photo

**RESPONSABLES LÉGAUX**

MÈRE	PÈRE
Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Date de naissance : ...../...../.....	Date de naissance : ...../...../.....
Ville et département de naissance : .....	Ville et département de naissance : .....
Adresse si différente de ci-dessus : .....	Adresse si différente de ci-dessus : .....
Adresse e-mail : .....	Adresse e-mail : .....
☎ Domicile : .....	☎ Domicile:.....
☎ Port. : ..... ☎ Travail : .....	☎ Port. : ..... ☎ Travail : .....
Adresse de facturation : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Adresse de facturation : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

**SITUATION FAMILIALE DES PARENTS**

 Mariés  Union Libre  Pacsés  Célibataire  Divorcée  Veuf (ve) 

En cas d'autorité parentale non-conjointe, fournir le document justifiant de l'autorité parentale

**AUTORISATIONS**

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

Mon enfant à partir seul après les activités en journée	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Mon enfant à partir seul après les activités en soirée (à partir de 20h)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
La publication des photographies et/ou des vidéos de mon enfant, prises par le Service Jeunesse (les Echos, site Internet de la ville, réseaux sociaux, expositions, programmes...). Cette autorisation est valable pour 2 saisons et pourra être révoquée à tout moment	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Le Service 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 @	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Le Service Jeunesse à me transmettre les programmes par courriel et par conséquent à ne plus les envoyer par courrier.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Pour toute correspondance :

M. le Maire | Mairie | 2 place de l'Hôtel de Ville • BP 50 051 • 78146 Vélizy-Villacoublay Cedex

Tél. : 01 34 58 50 00 • Fax: 01 34 58 50 40

Courriel: relationcitoyens@velizy-villacoublay.fr

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

Nom et Prénoms	N° de Téléphone	Lien avec le jeune	A contacter en cas d'urgence	Autorisé à venir chercher le jeune
			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

**RENSEIGNEMENTS FICHE SANITAIRE**

- a. Le jeune doit-il suivre un traitement pendant les activités proposées par le Service 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 des allergies, si oui précisez ?.....  
 Quelle est la conduite à tenir : .....
- 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 : .....
- Si votre jeune est allergique ou malade, un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) a-t'il été mis en place : Oui  Non**   
**Dans la négative, merci de compléter l'attestation suivante :**

**Je soussigné(e),....., responsable légal de l'enfant, déclare ne pas avoir mis en place de PAI et atteste que mon enfant ne présente pas de contre-indication à la pratique des activités proposées par le Service Jeunesse.**

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

- d. Préciser si votre jeune porte des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires : .....
- e. Nom et numéro de téléphone du médecin traitant : .....

**Je soussigné(e), .....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 : \_\_\_\_\_

**ACCUSÉ DE RÉCEPTION DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR**

**Nous déclarons avoir pris connaissance du règlement intérieur ci-joint, nous y soumettre de par le fait de l'inscription et en accepter les termes.**

**De plus, nous attestons que nous fournirons le certificat d'aptitude à la pratique des activités nautiques et aquatiques pour toutes les activités nécessitant ce document. Dans le cas contraire, notre enfant ne pourra pas participer à ces activités et aucun remboursement ne sera effectué.**

Signature des parents

Signature du jeune

**Documents à fournir (ne pas cocher les cases) – réservé à l'administration**

Réceptionné par : .....

Tous les documents sont à fournir si votre jeune n'a pas été inscrit sur la saison précédente.

Pour les jeunes ayant été inscrits sur la saison précédente ne pas fournir les documents suivis d'un astérisque, sauf en cas de changement.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Attestation d'assurance responsabilité civile de l'année en cours                          | <input type="checkbox"/> Justificatif de domicile de mois de 3 mois pour les véliziens |
| <input type="checkbox"/> Photocopie des maladies contagieuses et épidémiques (même si page vierge)*                 | <input type="checkbox"/> Photocopie des vaccinations *                                 |
| <input type="checkbox"/> Photocopie des hospitalisations (même si page vierge)*                                     | <input type="checkbox"/> Brevet de natation = test nautique *                          |
| <input type="checkbox"/> Copie intégrale du livret de famille*  |  |
| <input type="checkbox"/> En cas d'autorité parentale non-conjointe : documents justifiant de l'autorité parentale * |  |