

CE DOCUMENT D'INSCRIPTION SERA ACCEPTE UNIQUEMENT
A RECEPTION DE L'ENSEMBLE DES DOCUMENTS DEMANDES

Service Jeunesse -2 rue Louis Sallé - 94450 Limeil-Brévannes
TEL : 01 45 10 77 05

- Livret de famille
- Justificatif de domicile
- Dernier avis d'imposition 2020/2021
- Attestation CAF
- Brevet de natation 25m ou 50m
- Copie de la décision du juge pour l'autorité parentale pour les parents divorcés ou séparés
- Attestation d'assurance 2021/2022
- Photocopie du carnet de vaccination
- 1 photo d'identité

FICHE SANITAIRE DE LIAISON/ AUTORISATION PARENTALE SERVICE JEUNESSE 2021/2022

Inscription valable du 01 septembre 2020 au 31 aout 2021
Ce document obligatoire doit être remis par le responsable du jeune au secrétariat du Service Jeunesse
2 rue Louis Sallé- 94450 Limeil-Brévannes – TEL : 0145107705

IDENTITÉ DU JEUNE

NOM : PRÉNOM :

GARCON FILLE

DATE DE NAISSANCE :/...../..... LIEU DE NAISSANCE :

AGE :ans

ADRESSE :

QUARTIER : Saint Martin Ile de France La Hêtraie Les Orchidées Centre-ville Autre

PORTABLE :/...../...../...../.....

MAIL :

ETABLISSEMENT SCOLAIRE :

INFORMATIONS SUR LES PARENTS/ RESPONSABLE LEGAL

PARENT 1

NOM : Prénom :

 Domicile :/...../...../...../.....

 Travail :/...../...../...../.....  Portable :/...../...../...../.....

PARENT 2

NOM : Prénom :

 Domicile :/...../...../...../.....

 Travail :/...../...../...../.....  Portable :/...../...../...../.....

- AUTRE RESPONSABLE à prévenir en cas d'absence des parents /

Le représentant légal du jeune bénéficie-t-il :

- de la prestation CAF ? OUI NON

- d'une assurance ? OUI NON

Laquelle ? :

- d'une mutuelle complémentaire ? OUI NON

Laquelle ? :

- N° de Sécurité Sociale :

INFORMATIONS SANITAIRES

Contres indications médicamenteuses ou Allergie(s) :

Groupe Sanguin :

Nom du Médecin Référent :

☎ :/...../...../...../.....

Autres Observations :

VACCINATIONS

Photocopies du Carnet de Santé ou du carnet de vaccins à joindre à cette fiche

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
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"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
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"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>

Votre enfant a-t-il été opéré ? NON OUI

Préciser :

Votre enfant fait-il des allergies ? NON OUI

Si oui lesquelles :

RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Votre enfant suit-il un régime particulier ? NORMAL SANS PORC VEGETARIEN

Recommandations des parents ou du responsable :

.....

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (e), Madame, Monsieur

Responsable du jeune

- **Autorise** mon enfant à participer aux activités du service Jeunesse

- **Autorise** mon enfant à être filmé ou photographié

(Les supports seront réservés à l'usage du service, des projets jeunes et de leur promotion dans le cadre du projet pédagogique du Service Jeunesse)

- **Déclare** exacts les renseignements portés sur cette fiche sanitaire/ autorisation parentale et **autorise** le responsable de l'accueil Jeunesse à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales avec ou sans anesthésie) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à Le

Signature des parents ou du responsable légal :

Précédée de la mention « lu et approuvé »