



**Fiche inscription à l'Espace Jeunes d'Auvers-sur-Oise :**

Je soussigné(e) ..... (père-mère-tuteur légal)

Du jeune.....

Né(e)le .....

Adresse :

.....  
.....

Tél : ..... Tél du jeune : .....

Adresse mail parents : .....@.....

Adresse mail du jeune : .....@.....

Autorise mon enfant à participer aux activités du service jeunesse : Oui Non

Autorise mon enfant à quitter seul l'Espace Jeunes après les activités : Oui Non

Autorise les membres du service jeunesse à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'accident : Oui Non

Je joins un règlement de 10€ correspondant à la cotisation annuelle.

Nature du paiement : Espèces - Chèque

Je certifie avoir reçu un exemplaire du règlement intérieur et en avoir pris connaissance.

Fait à .....

Le ...../...../ 201.....

Signatures des parents :

Signature du jeune :

**FICHE DE RENSEIGNEMENT 2017-2018 :**  
**ESPACE JEUNES**

**Cette fiche doit être accompagnée de la photocopie des vaccinations dans le carnet de santé.**

**J E U N E**

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... / ..... / ..... À : .....

Sexe : Féminin  Masculin

**R E S P O N S A B L E S L É G A U X**

**Responsables légaux :**

Situation familiale : Marié(e) ou vie maritale  Séparé(e)  Célibataire

**Père ou responsable légal :**

Nom :		Prénom :	
Tél. dom. :	Tél. port. :	Tél. travail :	
Adresse :			

**Mère ou responsable légale :**

Nom :		Prénom :	
Tél. dom. :	Tél. port. :	Tél. travail :	
Adresse :			

**AUTORISATION DROIT A L'IMAGE**

J'accepte que mon enfant soit photographié ou filmé lors des activités et que les images soient publiées ou diffusées dans une édition municipale (affiche, guide, magazine ou dépliant) ou lors d'un événement municipal :

oui  non

**AUTORISATION SORTIES**

J'autorise l'équipe d'animation à transporter mon enfant (véhicule ou transport en commun) dans le cadre des sorties organisées par le Service Jeunesse, en dehors des locaux de la structure :

oui  non

**FICHE SANITAIRE 2017-2018 :  
ESPACE JEUNES**

**VACCINATIONS**

Copie de la partie « vaccinations » du carnet de santé : oui

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

Numéro de sécurité sociale : .....

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

Si oui, prendre contact avec le responsable du centre.

L'enfant souffre-t-il d'allergies ?

ASTHME                    oui  non     MÉDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES        oui  non     AUTRES.....

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

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

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

<b>RUBÉOLE</b>	<b>VARICELLE</b>	<b>ANGINE</b>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</b>	<b>SCARLATINE</b>
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"/> non <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b>	<b>OTITE</b>	<b>ROUGEOLE</b>	<b>OREILLONS</b>	
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"/>	

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises

convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre) :

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

Recommandations utiles des parents : votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc ... Précisez.

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

Tél. de la personne à contacter en cas d'urgence : .....

Nom et tél. du médecin traitant : .....

**ASSURANCES**

La ville d'Auvers-sur-Oise informe les familles qu'il est fortement recommandé de souscrire une assurance de responsabilité civile et une assurance individuelle accidents corporels, extra-scolaires, pour le(s) jeune (s) fréquentant l'espace.

Je soussigné(e).....  
Responsable légal(e) du jeune.....  
- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à remplir une nouvelle fiche de renseignement à l'Espace Jeunes, pour toute modification, en cours d'année, des informations fournies sur cette fiche,  
- autorise la responsable du centre à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du jeune)

Fait à ..... le .....

**Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)**

