

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 responsables :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie, etc ... Préciser.

Observations diverses :

4 - COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

NOM DU MEDECIN TRAITANT : _____ TELEPHONE : _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal du jeune, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de la Maison des Jeunes à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires selon l'état du jeune.

Date : _____ Signature : _____

PERSONNES A PREVENIR (autres que les responsables légaux)					
Noms-Prénoms	Téléphones	Lien de parenté	A prévenir en cas d'urgence (autre que les responsables légaux)	A venir récupérer le jeune (autre que les responsables légaux)	Interdiction à venir récupérer le jeune

COORDONNEES DE LA MAISON DES JEUNES

Tél : 06.07.38.86.66
Mail : maisondesjeunes@mairie-colombiersaugnieu.fr



**Dossier d'inscription
Maison des Jeunes
2022/2023**



JEUNE

Nom : _____ Prénom : _____
Sexe: F M Téléphone (du jeunes) : _____
Date de naissance : ____/____/____ Age : _____ ans Taille : _____
Etablissement à la rentrée 2022 : _____ Classe : _____

PHOTO
(Obligatoire)

RESPONSABLE 1

Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Divorcé(e) Union Libre
Nom : _____
Prénom : _____
Nom de Jeune fille : _____
Adresse complète : _____
Fixe : _____
Portable : _____
Professionnel : _____
Adresse e-mail : (elle sera votre identifiant pour le Portail Famille) _____@_____
Souhaitez-vous l'envoi des factures par mail ?
OUI NON

RESPONSABLE 2

Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Divorcé(e) Union Libre
Nom : _____
Prénom : _____
Nom de Jeune fille : _____
Adresse complète (si différente du responsable 1) : _____
Fixe : _____
Portable : _____
Professionnel : _____
Adresse e-mail : (Si différente du responsable 1) _____@_____
Souhaitez-vous l'envoi des factures par mail ?
OUI NON

VOTRE DOSSIER DOIT COMPORTER

- DOSSIER D'INSCRIPTION MAISON DES JEUNES 2022-2023
- FICHE SANITAIRE 2022-2023
- Test de natation du jeunes (pour les activités nautiques)

Pièces à joindre **obligatoirement au dossier :**

- Attestation d'assurance scolaire/périscolaire/extrascolaire 2022-2023
- Photocopies des pages « vaccinations » du carnet de santé (PAI si besoin)
- Photo du jeunes
- Cotisation de 13,50€ à l'ordre de la régie de Colombier Saugnieu

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSE

REGIME ALIMENTAIRE

- Sans porc OUI NON
- Végétarien OUI NON
- Allergie : _____ (Merci de nous fournir obligatoirement le PAI)

AUTORISATIONS

Je soussigné(e) Madame, Monsieur _____

* Père * Mère * Tuteur de l'enfant : _____

- | | OUI | NON |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - Autorise le jeune à partir seul (après 17h, hors vendredi) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Autorise les animateurs à photographier mon enfant (réseaux sociaux, site communal) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Autorise l'animateur de la Maison des Jeunes à prendre toutes les mesures d'urgence sur avis médical, en cas de maladie ou d'accident | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - M'engage à régler sa participation sous 15 jours à réception de la facture. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Susceptible de prendre le minibus pour la Ramasse/Dépose (Merci de nous le préciser à chaque vacance) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Le jeunes à participer à nos groupes privés WhatsApp (numéro du jeune !) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à respecter son application pour le bon fonctionnement de la Maison des Jeunes. Je confirme la présente inscription et certifie exacts les renseignements donnés.

Fait à _____ le _____

Signatures des représentants légaux et du Jeune :

Responsable 1

Responsable 2

Jeunes

FICHE SANITAIRE 2022-2023

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite en 2023. Merci de nous indiquer tout changement en cours de d'année.

2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Merci de fournir **OBLIGATOIREMENT** la copie des vaccins.

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

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

3.1 - Le jeune suit-il un **traitement médical** ? oui non

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

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

3.2 - Le jeune présente-t-il un problème de santé, si oui, préciser. oui non

3.3 - Allergies :

ASTHME oui non

ALIMENTAIRES oui non si oui, préciser _____

MEDICAMENTEUSES oui non si oui, préciser _____

AUTRES (animaux, plantes, pollens...) _____

Si oui, joindre un certificat médical ou le PAI précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.