

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 eMail : maisondesjeunes@mairie-colombiersaugnieu.fr



DOSSIER D'INSCRIPTION 2023/2024

JEUNE

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe: F M Téléphone du jeune : _____

Date de naissance : ____/____/____ Age : ____ ans Taille (utile pour certaines sorties) : _____

Etablissement à la rentrée 2023 : _____ Classe : _____



RESPONSABLE 1

Célibataire Marié.e Pacsé.e Divorcé.e Vie maritale Veuf.ve Séparé.e

Nom : _____

Prénom : _____

Nom de Jeune fille : _____

Lien de parenté avec l'enfant : _____

Adresse complète : _____

📞 _____

📠 Professionnel _____

Adresse e-mail : (elle sera votre identifiant pour l'Espace Famille)

_____ @ _____

Souhaitez-vous l'envoi des factures par email ? OUI NON

Souhaitez-vous communiquez par email ? OUI NON

RESPONSABLE 2

Célibataire Marié.e Pacsé.e Divorcé.e Vie maritale Veuf.ve Séparé.e

Nom : _____

Prénom : _____

Nom de Jeune fille : _____

Lien de parenté avec l'enfant : _____

Adresse complète : _____

📞 _____

📠 Professionnel _____

Adresse e-mail : si vous souhaitez avoir vos propres accès à l'Espace Famille, vous pouvez nous communiquer votre e-mail (différent du responsable 1)

_____ @ _____

Souhaitez-vous l'envoi des factures par email ? OUI NON

Souhaitez-vous communiquez par email ? OUI NON

VOTRE DOSSIER DOIT COMPORTER :

- DOSSIER D'INSCRIPTION MAISON DES JEUNES 2023-2024
- FICHE SANITAIRE 2023-2024
- Test de natation du jeune (facultatif, pour les activités nautiques)

Pièces à joindre **obligatoirement au dossier :**

- Attestation d'assurance scolaire/périscolaire/extrascolaire 2023-2024
- Photocopies des pages « vaccinations » du carnet de santé (PAI si besoin)
- Photo du jeune obligatoire
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois (facture électricité, Eau ...)

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSE ET LES DEMANDES D'INSCRIPTIONS NE SERONT PAS PRISES EN COMPTE

CE DOSSIER COMPLET DOIT ÊTRE DEPOSÉ OBLIGATOIREMENT À PLANÈTES MAGIQUES

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 du jeune _____

	OUI	NON
- autorise les animateurs à photographier ou filmer mon enfant pendant les activités et à le diffuser sur le site internet de la commune ou sur l'Espace Famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- autorise mon enfant à participer à nos groupes privés WhatsApp (numéro de tél du jeune uniquement).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- autorise les animateurs de la MJ à prendre toutes les mesures d'urgence sur avis médical, en cas de maladie ou d'accident.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- autorise les animateurs de la MJ à administrer les médicaments prescrits uniquement sur ordonnance médicale transmise par les parents.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- autorise mon enfant à prendre le minibus pour la ramasse/dépose ou lors des sorties.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- autorise les animateurs de la MJ à m'envoyer des Mailing et/ou sms.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- autorise mon enfant à partir seul (après 17h00, hors vendredi).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- m'engage à régler les factures des activités avant la date limite de paiement.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur, disponible sur le site internet de la commune, sur l'Espace Famille et au Pôle Enfance, 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

Jeune

FICHE SANITAIRE 2023-2024

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 2024. 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.