



MAIRIE DE
BRUYÈRES SUR OISE



Photo

DOSSIER D'INSCRIPTION

Année : 2020/2021

Fiche de renseignements jeune

NOM DU JEUNE : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Date de naissance :/...../..... Sexe : masculin féminin

Le jeune vit chez : Ses deux parents sa mère son père

En alternance (à préciser) :

En famille d'accueil (à préciser) :

Autres (à préciser) :

Classe : Régime particulier :

Fiche de renseignements responsables légaux

Mère : Autorité parentale oui non

NOM de jeune fille :

NOM marital :

Prénom :

Situation familiale :

Célibataire Mariée Pacsée Concubine Veuve Divorcée Séparée

Adresse :

Code postal : Ville :

☎ : 📠 :

Mail :

Profession : Employeur :

Adresse de l'employeur :

☎(travail) : n° de poste :

N°Caf : N° sécurité sociale :

Père : Autorité parentale oui non

NOM :

Prénom :

Situation familiale : Célibataire Marié Pacsé Concubin
 Veuf Divorcé Séparé

Adresse :

Code postal : Ville :

 :  :

Mail :

Profession : Employeur :

Adresse de l'employeur :

 (travail) : n° de poste :

N°Caf ou Msa : N° sécurité sociale :

Autre responsable légal (personne physique ou morale)

Autorité parentale : oui non

ORGANISME :

Personne référente :

Fonction : Lien avec l'enfant :

Adresse :

Code postal : Ville :

 :  :

Autres personnes vivant au foyer

Belle-mère ou concubine : Autorité parentale oui non

NOM de jeune fille :

NOM marital :  :

Prénom :  :

Situation familiale : Célibataire Mariée Pacsée Concubine
 Veuve Divorcée Séparée

Profession : Employeur :

Adresse de l'employeur :

 (travail) : n° de poste :

N°Caf ou Msa : N° sécurité sociale :

Beau-père ou concubin : Autorité parentale : oui non

NOM : ☎ :

Prénom : 📱 :

Situation familiale :

- Célibataire Marié Pacsé Concubine
 Veuf Divorcé Séparé

Profession : Employeur :

Adresse de l'employeur

☎(travail) : n° de poste :

N°Caf ou Msa : N° sécurité sociale :

PERSONNE (AUTRES QUE LES PARENTS) A appeler en cas d'urgence et/ou autorisée à prendre l'enfant durant toute l'année scolaire (sur présentation d'une pièce d'identité)

1^{ère} PERSONNE

NOM : PRENOM :

- A appeler en cas d'urgence
 Autorisée à prendre le jeune au Club des jeunes

Lien avec le jeune :

Adresse :

Code postal : Ville : ☎ : 📱 :

☎(travail) : n° de poste :

2^{ème} PERSONNE

NOM : PRENOM :

- A appeler en cas d'urgence
 Autorisée à prendre le jeune au Club des jeunes

Lien avec le jeune :

Adresse :

Code postal : Ville : ☎ : 📱 :

☎(travail) : n° de poste :

AUTORISATIONS/INFORMATIONS VALABLES POUR TOUS LES SERVICES

DROIT A L'IMAGE

Dans le cadre de la promotion d'activités ou de manifestations de la ville ou du Club des jeunes, j'autorise gracieusement la publication d'images (photos, vidéo) sur les supports de communication de la commune :

oui non

AUTORISATIONS

J'autorise, mon enfant à participer aux sorties organisées par le Club des jeunes, en autocar, en minibus ou à pied, à vélo.

- OUI
 NON

Nous, soussignésautorisons notre enfant à quitter le Club des jeunes, par ses propres moyens et sans être accompagné(e) d'un adulte.

- Avant** la fin des activités
 À la fin des activités
 NON

Pour les veillées se finissant à 22 heures.

- Avant** la fin des activités
 À la fin des activités
 NON

Décharge l'organisateur de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir avant la venue et après le départ du Club des Jeunes.

ASSURANCE/RESPONSABILITE CIVILE DE L'ENFANT (Veuillez joindre une copie de l'attestation d'assurance)

Responsabilité civile : **oui** **non**

Individuelle accident : **oui** **non**

Nom et n° de police d'assurance :

Période de validité :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Lors de ces différentes activités, votre enfant peut avoir besoin de soins. En fonction de la gravité de la situation, l'équipe d'animation fera intervenir les secours.

NOM du médecin traitant : ☎ :

Intervention chirurgicale ou médicale

Autorisation de faire procéder à toute intervention médicale ou chirurgicale en cas de nécessité **oui** **non**

L'enfant présente-t-il des maladies chroniques (allergie, asthme, diabète...) **oui** **non**

Si oui, lesquelles

L'enfant bénéficie-t-il d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I) **oui** **non**

Rappel : Le personnel communal (Animateurs...) n'est pas habilité à administrer des médicaments aux jeunes.

Nous, soussignésresponsables du jeune, avoir pris connaissance du contenu de ce dossier.

Nous déclarons exacts des renseignements portés sur ce document.

Fait à Bruyères-sur-Oise,
Date :

Signatures des parents
ou représentants légaux

LE JEUNE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	<u>VACCINS RECOMMANDÉS</u>	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE JEUNE

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non

(Joindre le protocole et toutes informations utiles)

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

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)

VOTRE JEUNE PORTE-T-IL DES LENTILLES : **oui** **non**

DES LUNETTES : **oui** **non** (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

DES PROTHÈSES AUDITIVES : **oui** **non** (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : **oui** **non** (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

4- RESPONSABLE DU JEUNE

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

TELEPHONE Domicile : Portable :

TELEPHONE Travail :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

Nous soussignés,responsables légaux du jeune, déclare exacts des renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à Bruyères-sur-Oise,
Date :

Signatures des parents
et ou des représentants légaux :