



MAIRIE DE  
BRUYERES SUR OISE



Photo

## DOSSIER D'INSCRIPTION

Année : 2022/2023

### 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

**Parent** :  Madame  Monsieur Autorité parentale  oui  non

NOM de jeune fille : .....

NOM d'usage : .....

Prénom : .....

Situation familiale :

Célibataire  Marié/e  Pacsé/e  Concubin/e  Veuf/ve  Divorcé/e  Séparé/e

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

☎ : ..... 📱 : .....

Mail : .....

Profession : ..... Employeur : .....

Adresse de l'employeur : .....

☎(travail) : ..... n° de poste : .....

N°Caf ou Msa : ..... N° sécurité

sociale : .....

**Parent :**  Madame  Monsieur                      Autorité parentale                       oui  non

NOM de jeune fille : .....

NOM d'usage : .....

Prénom : .....

**Situation familiale :**

Célibataire  Marié/e  Pacsé/e  Concubin/e  Veuf/ve  Divorcé/e  Séparé/e

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<sup>ère</sup> PERSONNE**       Madame       Monsieur

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<sup>ème</sup> PERSONNE**       Madame       Monsieur

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, soussignés .....autorisons 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  
 **Notre enfant sera récupéré par une personne autorisée**

Pour les veillées du Club des Jeunes.

- Avant la fin de la veillée  
 À la fin de la veillée  
 **Notre enfant sera récupéré par une personne autorisée**

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, soussignés .....responsables 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

**LA/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).

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

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

**MENTION RGPD :** Les informations enregistrées sont réservées à l'usage des services concernés et ne peuvent être communiquées qu'aux destinataires suivants : établissement scolaires, services municipaux etc... Depuis la loi n° 78-17 du 06 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en s'adressant à l'agent du service PORTAIL FAMILLE.