Service Animation Jeunesse

FICHE de RENSEIGNEMENTS

2021-2022

Adhésion n° :

Date :

Payé par: RI: ☐

-Chèque ☐ N°

-Espèce ☐

Cadre réservé au SAJ

1- ENFANT

NOM : ..... PRÉNOM : ..... Date de naissance : .....
Port. :..... Courriel : .....
Classe : ..... Établissement fréquenté : .....

2 - RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT N° allocataire CAF:

Situation familiale :

Marié(e)s ☐ Vie Maritale ou PACS ☐ Célibataire ☐ Divorcé(e)s ☐ Séparé(e)s ☐ Veuf(ve) ☐

Qualité : Mère ◯ Père ◯ Tuteur ◯ Tutrice ◯

Nom : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
.....
.....
Code postal : .....
Ville : .....
Tél. Dom. : ...../ Port : .....
Courriel : .....
Lieu de travail : .....
Tél.pro.: ...../Port: .....

Sécurité sociale : n° .....
Régime Général ☐ MSA ☐

Mutuelle : ..... Tél : .....
Adresse : .....

Qualité : Mère ◯ Père ◯ Tuteur ◯ Tutrice ◯

Nom : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
.....
.....
Code postal : .....
Ville : .....
Tél. Dom. : ...../ Port : .....
Courriel : .....
Lieu de travail : .....
Tél. pro. : ...../ Port: .....

Sécurité sociale : n° .....
Régime Général ☐ MSA ☐

Mutuelle : ..... Tél : .....
Adresse : .....

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

- Votre enfant mange-t-il du porc ? : OUI ☐ NON ☐
- Votre enfant suit-il un régime particulier ? : OUI ☐ NON ☐
  (si oui, précisez : végétarien, autre...) : .....
- Votre fille est-elle réglée ? : OUI ☐ NON ☐
- Votre enfant sait-il nager ? : OUI ☐ NON ☐
- Votre enfant est-il autorisé à rentrer seul du SAJ à la fin des activités/sorties ?
  de jour : OUI ☐ NON ☐ de nuit : OUI ☐ NON ☐
- Votre enfant est-il autorisé à rentrer seul de la gare ?
  de jour : OUI ☐ NON ☐ de nuit : OUI ☐ NON ☐

Attention : pendant les Accueils Libres sur la structure, les enfants sont libres d'aller et venir. Le SAJ se dégage de toutes responsabilités en dehors de la structure.

4 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- Date du vaccin DTP:

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

Rubéole OUI ☐ NON ☐ Coqueluche OUI ☐ NON ☐ Varicelle OUI ☐ NON ☐

Rougeole OUI ☐ NON ☐ Oreillons OUI ☐ NON ☐ Scarlatine OUI ☐ NON ☐

- Votre enfant est-il allergique ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

.....

.....

.....

- Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles de contact, des prothèses dentaires ou auditives... ? :

.....

.....

- Autres renseignements sur la santé de votre enfant (Asthme, convulsion, épilepsie, état de santé...) : Précisez les précautions à prendre.

.....

.....

.....

5 - DROITS À L'IMAGE

Je soussigné(e) M., Mme ....., responsable légal de l'enfant

- accepte que mon enfant soit filmé ou photographié et que l'équipe d'animation du SAJ utilise les documents dans un but non lucratif et non privé : OUI ☐ NON ☐

- accepte que les photographies soient utilisées par le Service communication de la Mairie pour : le bulletin municipal OUI ☐ NON ☐ le site Internet OUI ☐ NON ☐ la presse locale OUI ☐ NON ☐

Je soussigné(e), ..., responsable légal :

- déclare avoir pris connaissance du règlement de la structure et des droits et devoirs de mon enfant,
- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation du Service Jeunesse à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : .....

Signature :

Le paiement des 9euros permet la validation de l'inscription