

Service Animation Jeunesse



FICHE de RENSEIGNEMENTS

2023-2024



Adhésion n° :

Date :

Payé par: -Cb

-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

Qualité : Mère Père Tuteur Tutrice

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Adresse :

Adresse :

Code postal :

Code postal :

Ville :

Ville :

Tél. Dom. : / Port :

Tél. Dom. : / Port : 0

Courriel :

Courriel :

Lieu de travail :

Lieu de travail :

Tél.pro.: /Port:

Tél.pro.: /Port:

Sécurité sociale : n°

Sécurité sociale : n°

Régime Général MSA

Régime Général MSA

Mutuelle : Tél :

Mutuelle : Tél :

Adresse :

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