



FICHE D'INSCRIPTION

Dossier à rendre complet à la maison des Jeunes de Saint-Vigor le Grand

ADHERENT

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Numéro de téléphone :

Vaccins

Certifions que les vaccinations obligatoires de notre enfant ont bien été effectuées
(merci de cocher la case ci-contre)

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 l'enfant avec la notice).

PARENTS / RESPONSABLE LEGAL

Nom, prénom :

adresse :

Code postal, ville :

téléphone :

mail :

Profession :

N° d'allocataire CAF ou MSA :

Quotient (réservé administration)

Nom et adresse de la personne effectuant le règlement :

Pièces à joindre :

(en cas de premier dossier dans l'année, ou dans le cadre d'un changement de situation)

- Copie de la carte d'identité (jeune et parents ou responsable légal)
- Attestation d'assurance scolaire, extra-scolaire
- Attestation de quotient familial (régime général ou agricole)
- Certificat médical en cas de pratique d'activités sportives
- Cotisation annuelle de 10 €



merci de compléter le verso

L'adhérent a-t-il déjà eu les allergies suivantes :					
Asthme	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Médicamenteuses	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Alimentaires	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Autres (animaux, plantes, pollen...)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir

.....

.....

.....

L'adhérent a-t-il déjà eu les maladies suivantes?					
Rubéole	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Oreillons	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Varicelle	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Otite	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Angine	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Rougeole	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Coqueluche	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Scarlatine	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Rhumatisme articulaire aigu	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			

RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS (Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne) :

.....

.....

Personnes à contacter en cas d'urgence et/ou autorisées à récupérer l'adhérent (autres que parents) :

Nom et Prénom		
Lien avec l'adhérent		
Adresse		
Téléphone domicile		
Téléphone portable		
A appeler en cas d'urgence		

Autorisations parentales :

En cas de maladie ou d'accident, l'adhérent est orienté et transporté par les services de secours d'urgence qui déterminent le lieu d'hospitalisation. La famille est immédiatement avertie par nos soins.

- Autorisons l'équipe pédagogique à prendre toutes mesures d'urgence (hospitalisation et anesthésie si nécessaire de notre enfant)
- Autorisons (oui non) la Maison des Jeunes à prendre des photos ou vidéos de notre enfant dans le cadre des activités.
- Autorisons (oui non) la publication des photos sur le Facebook et le site de la mairie.
- Autorisons (oui non) le service de la mairie agréé par les services de la CAF ou de la MSA à prendre connaissance de notre Quotient Familial.
- Autorisons (oui non) mon enfant à rentrer seul après chaque activité.
- Autorisons (oui non) mon enfant à être transporter par des personnes bénévoles ou salariés de la commune de Saint Vigor le Grand par leur véhicule personnel et/ou véhicule de la commune.

Date et signature