



## SERVICE MUNICIPAL DE LA JEUNESSE DE NOZAY

### FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Date d'adhésion : \_\_\_\_\_

Photo

**Le jeune**

Fille

Garçon

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Etablissement scolaire : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

**Représentant légal du jeune**

Père

Mère

Tuteur

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

 domicile : \_\_\_\_\_  professionnel : \_\_\_\_\_  : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Représentant légal du jeune**

Père

Mère

Tuteur

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

 domicile : \_\_\_\_\_  professionnel : \_\_\_\_\_  : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Qui joindre en cas d'urgence ?**

Père

Mère

Tuteur

Autre  \_\_\_\_\_

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

 domicile : \_\_\_\_\_  professionnel : \_\_\_\_\_  : \_\_\_\_\_

Les droits d'inscription varient en fonction de votre Quotient Familial. Pour le faire calculer, veuillez prendre contact avec le service des Régies au 01.64.49.58.00.

**Pièces à fournir :** justificatif de domicile (de moins de 3 mois) – photocopie du livret de famille – attestation d'assurance responsabilité civile extrascolaire.

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**VACCINATIONS** (merci de remplir le tableau ou de fournir la photocopie du carnet de vaccination)

Vaccination obligatoire	Dernier rappel le	Autres vaccins	Dernier rappel le
Diphtérie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Hépatite B <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Tétanos <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		ROR <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Poliomyélite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Coqueluche <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
BCG <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Le jeune 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). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

### MALADIES

**Le jeune a-t-il eu les maladies suivantes ?**

Rubéole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Scarlatine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Otite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Varicelle <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
Angine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Oreillons <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Asthmes <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

**Le jeune a-t-il ?**

Un régime particulier <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Une allergie alimentaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Une allergie médicamenteuse <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Autre allergie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir : \_\_\_\_\_

### RECOMMANDATIONS DES PARENTS

**Votre enfant porte-t-il des ?**

Lunettes  Lentilles  Prothèses Auditives  Prothèses Dentaires  Autre

Merci de préciser \_\_\_\_\_

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ Père  Mère  Tuteur

Autorise la collectivité de Nozay à faire soigner mon enfant et pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins.

Autorise la collectivité de Nozay à faire participer mon enfant à toutes les activités proposées par le SMJ, sauf contre-indication dument signifiée pendant l'année en cours.

Autorise  N'autorise pas  
la collectivité de Nozay à diffuser sur les sites Internet officiels de la commune ou toute publication municipale ou encore en lien avec les activités du SMJ et dans le respect des personnes, les images (photos ou vidéos) dans lesquelles figurerait mon enfant, pour la communication municipale dans un but non lucratif.

Fait à Nozay, le \_\_\_\_\_  
Signature du représentant légal