



**FICHE D'INSCRIPTION 2025**  
**FOYER DES JEUNES DE BAZOGES EN PAREDS**

PHOTO

**Renseignement concernant le jeune**

Nom/Prénom : .....date de naissance : .....  
lieu de naissance : ..... Tel portable : .....  
e-mail du jeune : .....  
Classe et établissement scolaire fréquenté.....

|                            | Représentant légal 1 | Représentant légal 2 |
|----------------------------|----------------------|----------------------|
| Nom/Prénom                 |                      |                      |
| Adresse : N° rue, Lieu dit |                      |                      |
| Code postal - Ville        |                      |                      |
| Tél portable               |                      |                      |
| Tél domicile               |                      |                      |
| Mail                       |                      |                      |
| Situation Familiale        |                      |                      |
| Tél professionnel          |                      |                      |

***Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance extrascolaire (attestation à joindre)***

Nom de la compagnie : .....N°de contrat : ..... Tél : .....

**Informations relatives à la santé**

Vaccination obligatoire (DT Polio) Date : .....

L'enfant suit-il un traitement médical ?

☐ OUI

☐ NON

Si PAI, le joindre obligatoirement et les traitements correspondants. Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

**ALLERGIES :**

Votre enfant présente-t-il des allergies (alimentation, asthme, médicamenteux...) ?

☐ OUI

☐ NON

Si oui merci de préciser la nature de celle(s)-ci et la conduite à tenir :

.....  
.....

Médecin traitant : .....

Adresse : .....

.....Téléphone : .....:.....

En cas d'urgence

☐ J'autorise toutes les mesures appropriées par les services des secours (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de votre enfant

Je souhaite que mon enfant soit dirigé vers :

- ☐ CHD La Roche sur Yon
- ☐ Clinique St Charles La roche sur Yon
- ☐ Centre Hospitalier de Fontenay le comte (si parents injoignables)

à contacter en cas d'urgence : .....

Tel : .....

Déclaration du responsable de famille

☐ Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et j'autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées par l'organisateur.

☐ J'ai pris connaissance des informations relatives au fonctionnement du service (règlement intérieur).

☐ Signature du règlement intérieur par le jeune

☐ J'autorise mon enfant à être transporté en mini-bus ou en voiture particulière dans le cadre des activités.

☐ J'autorise mon enfant à être photographié et/ou filmé à des fins d'utilisation par l'association, la commune de Bazoges en Pareds et la presse locale.

☐ A quitter seul la structure et décharge l'association de toutes responsabilités.

☐ règlement de la cotisation de 10€

**Toutes modification en cours d'année doit être signalée au plus tôt au responsable du foyer des jeunes ou par mail à cette adresse : [f.gillier@orange.fr](mailto:f.gillier@orange.fr)**

Fait à .....

le .....

Signature du responsable légal