FICHE DE RENSEIGNEMENTS DU SERVICE JEUNESSE

# **2025/2026**

|  |  |
| --- | --- |
| * **Adhésion (30€/an)** |  |

## Renseignements concernant le jeune

Nom Prénom

Date de naissance Age :  F  M

|  |  |
| --- | --- |
| **Adresse :** | **Téléphone du jeune :** |

## Renseignements concernant la famille

|  |  |
| --- | --- |
| Parent 1 Nom  Prénom  Portable  Travail  Mail  Adresse : | Parent 2 Nom  Prénom  Portable  Travail  Mail  Adresse (si différente du Parent 1) : |

## Autorisations parentales

**Personnes à contacter en cas d’urgence**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom / Prénom** | **Téléphone** | **Nom / Prénom** | **Téléphone** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées par le Service Jeunesse (y compris activités sportives et piscine). |  |
| Autorise le transport de mon enfant via : minibus ou véhicules communaux, autocar et transports en commun. |  |
| Autorise les encadrants du service jeunesse à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (appel des secours) rendues nécessaires par l’état de l’enfant. |  |
| Je donne mon accord à la diffusion des photographies et vidéos de mon enfant prises lors d’activités |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Autorise mon enfant à quitter la structure seul : | | |
| * oui | * **non** |  |
| Autorise les animateurs à confier mon enfant, qui n’a pas le droit de rentrer seul , à : | | |
| Nom Prénom | | |
| Nom Prénom | | |
| Nom Prénom | | |

## Santé

### Renseignements médicaux

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Date du dernier rappel |  | Date du dernier rappel |
| Diphtérie/Tetanos/Poliomyélite/Haemophilius B/Coqueluche |  | **Rougeole/Oreillons/Rubéole** |  |
| Pneumocoque |  | **Méningocoque C** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L’enfant a-t-il :** | | | Lesquelles : |
| **Allergies** |  |  |  |
| **Alimentaires** | Oui | Non |  |
| **Médicamenteuses** | Oui | Non |  |
| **Asthme** | Oui | Non |  |
| **Traitement médical\*** | Oui | Non |  |
| **Autres** | Oui | Non |  |

### Médecin traitant

**Nom**

**Tél.**

**Adresse**

\*joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

**Pour les enfants ayant une allergie ou une particularité., un Projet d’Accompagnement Individualisé devra être mis en place.**

* Oui
* Non

Je m’engage à vous signaler tout changement modifiant les indications mentionnées sur ce document.

Je déclare sur l’honneur l’exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus.

Je prends connaissance du règlement intérieur du Service Scolaire consultable et téléchargeable sur https://www.marollesenbrie.fr/2241-enfance.htm

Conformément au « Règlement Général sur la Protection des Données » (RGPD) du 27 avril 2016, vous disposez d’un droit d’accès, de rectification, d’opposition, de limitation, d’effacement et de portabilité de vos données à caractère personnel que vous pouvez, sauf obligation légale contraire, faire valoir en adressant un couriel à [rgpd@infocom94.fr](mailto:rgpd@infocom94.fr) ou en écrivant à la Mairie.

**Lu et approuvé**

**Date**

**Signature**