FICHE DE RENSEIGNEMENTS DU SERVICE JEUNESSE

# **2020/2021**

|  |  |
| --- | --- |
| * **Adhésion (20€/an)**
 |  |

## Renseignements concernant le jeune

Nom Prénom

Date de naissance Age : [ ]  F [ ]  M

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

##  Renseignements concernant la famille

|  |  |
| --- | --- |
| Parent 1Nom Prénom Portable Travail Mail Adresse :Profession Situation familiale N° de sécurité socialeAssurance :N° | Parent 2Nom Prénom Portable Travail Mail Adresse (si différente du Parent 1) :Profession Situation familiale N° de sécurité socialeAssurance :N° |

## 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 (traitement médical et interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l’état de l’enfant. |  |
| Autorise le responsable du service jeunesse ou du séjour à donner à mon enfant des médicaments selon la prescription du médecin |  |
| Autorise la mairie de Marolles-en-Brie à utiliser les images fixes ou animées représentant mon enfant, qui seront prises dans le cadre des activités animées par le service enfance-jeunesse de la mairie de Marolles-en-Brie, pour les supports de communication de la commune. |  |

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

## Santé

### Renseignements médicaux

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vaccins obligatoires | Oui | Non | Dates | Vaccins recommandés | Oui | Non | Dates |
| Diphtérie |  |  |  | **Hépatite B** |  |  |  |
| Tétanos |  |  |  | **ROR** |  |  |  |
| Poliomyélite  |  |  |  | **Coqueluche** |  |  |  |
| Ou DT Polio |  |  |  | **Autres :** |  |
| Ou Tetracoq |  |  |  |
| BCG/monotest |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **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.** Précisez les causes de l’allergie (alimentaires ou autres) et la conduite à tenir selon les particularités :

**Je prends connaissance et accepte le règlement de fonctionnement de la MJ, consultable et téléchargeable sur le site internet de la commune.**

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

**Lu et approuvé**

**Date**

**Signature**