



SERVICE MUNICIPAL de la JEUNESSE

7, rue de l'Ancien Monastère
Tél. : 01 60 33 27 11
courriel: jeunesse@mairie-emerainville.fr

Année 2017

FICHE D'INSCRIPTION

	PERE	MERE
Nom et prénom des responsables des enfants		
Adresse		
Téléphone domicile courriel		
Profession		
N° de Sécurité Sociale		
N° Allocations familiales		
Nom et adresse de l'employeur		
N° téléphone de l'employeur		
Nom de votre assurance responsabilité civile et individuelle accident	N° assurance :	N° assurance :

PERSONNES A JOINDRE EN CAS D'URGENCE

Tél. portable du père : Tél. portable de la mère :

Téléphone autre personne : Lien de parenté :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (e) (Père, Mère ou tuteur légal) : Monsieur ou Madame : autorise mon(mes) enfant(s) à participer aux activités du Service Jeunesse. En outre, j'autorise le responsable du service ou par délégation l'animateur (rice) à faire pratiquer, en cas d'urgence et sur avis médical, toute intervention chirurgicale et anesthésie.

En cas d'intervention médicale et /ou chirurgicale, les frais occasionnés par celle-ci seront à la charge des familles.

J'autorise mon (mes) enfant(s)

à quitter le centre Pré-Adolescent sous la responsabilité de Monsieur, Madame adresse Tél. :

à se faire maquiller

Dans le cadre des activités proposées, les parents sont informés que les enfants peuvent être photographiés ou filmés en groupe. Les photos ou films peuvent être utilisés pour l'illustration des activités et où comptes rendus sur les supports municipaux, à des fins non commerciale.

Je certifie que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts.

Fait à EMERAINVILLE le Signature :

Quotient Familial

J :

1/2 J :

Joindre obligatoirement :

Carte de quotient familial

Brevet natation (50 m)

1^{er} ENFANT : Nom : Prénom :

Date de naissance : Ecole fréquentée : Classe :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

VACCINATIONS :

BCG (dernier rappel) : Test tuberculinique (dernier rappel) :
Vaccinations antipolio etc (dernier rappel) Vaccinations antirougeoleuse etc (dernier rappel)
.....

Allergique à (Fournir certificat médical d'un allergologue)

Autres : Nom et adresse du médecin traitant :

Régime alimentaire (sans porc) : OUI/NON N° téléphone
N° portable du jeune

2ème ENFANT : Nom : Prénom :

Date de naissance : Ecole fréquentée : Classe :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

VACCINATIONS :

BCG (dernier rappel) : Test tuberculinique (dernier rappel) :
Vaccinations antipolio etc (dernier rappel) Vaccinations antirougeoleuse etc (dernier rappel)
.....

Allergique à (Fournir certificat médical d'un allergologue)

Autres : Nom et adresse du médecin traitant :

Régime alimentaire (sans porc) : OUI/NON N° téléphone
N° portable du jeune

3ème ENFANT : Nom : Prénom :

Date de naissance : Ecole fréquentée : Classe :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

VACCINATIONS :

BCG (dernier rappel) : Test tuberculinique (dernier rappel) :
Vaccinations antipolio etc (dernier rappel) Vaccinations antirougeoleuse etc (dernier rappel)
.....

Allergique à (Fournir certificat médical d'un allergologue)

Autres : Nom et adresse du médecin traitant :

Régime alimentaire (sans porc) : OUI/NON N° téléphone
N° portable du jeune