



FICHE DE RENSEIGNEMENTS DU SERVICE JEUNESSE

MINEURS MAISON DES JEUNES
2017/2018

Adhésion Maison des Jeunes

Atelier : _____

Atelier : _____

Atelier : _____

A. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE JEUNE

Nom	Prénom
Date de naissance	Age : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Adresse :	Téléphone :
	Mail :
Niveau scolaire : _____	Etablissement : _____

B. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

PARENT 1	PARENT 2
Nom	Nom
Prénom	Prénom
Portable	Portable
Travail	Travail
Mail	Mail
Adresse :	Adresse (si différente du Parent 1) :
Profession	Profession
Situation familiale	Situation familiale
N° de sécurité sociale	N° de sécurité sociale
Assurance :	Assurance :
N°	N°

C. 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.

D. SANTE

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

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	
	Oui	Non	
Médicamenteuses	Oui	Non	
Asthme	Oui	Non	
Traitement médical*	Oui	Non	
Autres	Oui	Non	

MEDECIN 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 des règlements intérieurs du service jeunesse consultables et téléchargeables sur www.mairie-marolles.fr
Je m'engage à vous signaler tout changement modifiant les indications mentionnées sur ce document.

Lu et approuvé

Date

Signature