



## SERVICE JEUNESSE

Fiche d'inscription et Sanitaire 2018 / 2019

(Valable du 01/09/2018 au 31/08/2019)

### JEUNE

| Nom | Prénom | Date de naissance |
|-----|--------|-------------------|
|     |        |                   |

N° de portable du jeune :

### RESPONSABLE(S) LEGAL (AUX)

|                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre (Précisez).....<br>Nom : .....<br>Prénom : .....<br>Adresse<br>.....<br>.....<br>.....<br>Téléphone fixe : .....<br>Portable : .....<br>Email : .....@.....<br>Profession : ..... | <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre (Précisez).....<br>Nom : .....<br>Prénom : .....<br>Adresse<br>.....<br>.....<br>.....<br>Téléphone fixe : .....<br>Portable : .....<br>Email : .....@.....<br>Profession : ..... |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### PERSONNE(S) A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

| Nom Prénom | N° de portable | N° du fixe |
|------------|----------------|------------|
|            |                |            |
|            |                |            |

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

| VACCIN OBLIGATOIRE   | DATE | DATE DU RAPPEL |
|----------------------|------|----------------|
| DT POLIO / TETRA COQ |      |                |

Le/la jeune suit-il un traitement médical ?

Oui

Non

Si oui, lequel ?

.....

.....

.....

Asthme :

Oui

Non

Allergies :

Médicamenteuse

Oui

Non

Alimentaires

Oui

Non

Autres

Oui

Non

Précisez : .....

PAI (Plan d'Accueil individualisé) : En cas d'asthme, d'allergies alimentaires, de diabète ou d'une médication régulière, les représentants légaux devront établir un PAI avec la Ville de Gisors par l'intermédiaire de la DEJ.

## AUTORISATIONS

|                                                                                                                                                                  | OUI | NON |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| J'autorise la Ville de Gisors à utiliser l'image de mon fils/ma fille pour ses documents de diffusion pour le site de la ville et dans la presse.                |     |     |
| J'autorise la Ville de Gisors à utiliser l'image de mon fils/ma fille sur les réseaux sociaux utilisés par la Ville.                                             |     |     |
| J'autorise le personnel de la Ville de Gisors à transporter mon fils/ma fille dans les véhicules municipaux prévus à cet effet.                                  |     |     |
| J'autorise mon fils/ma fille à quitter seul l'Accueil Jeune pendant les horaires d'ouverture.                                                                    |     |     |
| J'autorise l'Accueil Jeune à prendre, le cas échéant, toutes les mesures d'interventions d'urgence rendues nécessaires par l'état de santé de mon fils/ma fille. |     |     |

Je prends connaissance du fait que mon fils/ma fille est placé.e sous ma responsabilité pour ses déplacements lui permettant d'aller et quitter l'accueil jeune. Lors des temps d'ouverture, les animateurs sont responsables de mon enfant une fois présent dans la structure.

Je soussigné.e, ....., responsable légal.e, atteste l'exactitude des informations figurant dans le présent document et avoir pris connaissance du règlement du service.

Je m'engage à informer le service de toutes modifications des informations du présent document.

Fait à

le

Signature