

Maison des Jeunes

Adhésion 2024/2025

Informations concernant le jeune :

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Lieu de naissance:
Adresse :	
Téléphone :	

Informations concernant la famille :

Responsable légal 1	Responsable légal 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Téléphone :	Téléphone :
Mail :	Mail :

Cotisation annuelle : 10 €

- Chèque
- Espèces

L'assurance extrascolaire du jeune est à fournir en complément de cette fiche.

AUTORISATIONS MAISON DES JEUNES

Je soussigné(e), représentant(e)
légal(e) de l'enfant.....

• Autorise mon enfant à :

- Participer aux activités et sorties organisées par la Maison des Jeunes
- Se déplacer à pied ou à vélo et utiliser de moyens de transport en commun afin de se rendre aux activités ou sorties prévues par la Maison des Jeunes
- Se rendre ou quitter seul la Maison des Jeunes
- Être photographié et/ou filmé dans le cadre des activités ou sorties effectuées par la Maison des Jeunes, des films peuvent être réalisés ou des photos prises. Ces productions sont susceptibles de faire l'objet d'une diffusion publique ou d'une publication à seule fin d'informer.

• Autorise les services municipaux à :

- Faire le nécessaire en cas d'urgence :
- Soins nécessitant un médecin
- transport en ambulance 
- Hospitalisation
- M'envoyer des courriels d'information relatifs à l'accueil des enfants, au fonctionnement des services municipaux liés à la maison des jeunes

Fait à

le

Signature

FICHE SANITAIRE DE LIASON 2024/2025

NOM : PRENOM : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
--

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite en 2025. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT polio		BCG	
Ou Tétracoq		Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.



Recommandations utiles des parents :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez

BAIGNADE : sait nager se débrouille ne sait pas nager

Observations diverses :

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____

TELEPHONE : _____

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Date :

Signature

Conformément à la loi "Informatique et Libertés" N° 78-17 du 6 Janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition, que vous pouvez exercer en vous adressant à la municipalité de Longperrier.