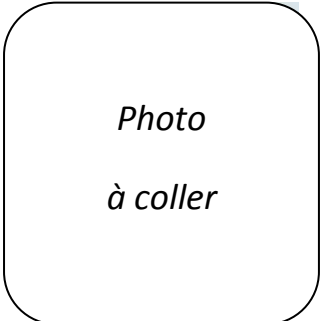




## Commune de La Rochette

# Service Jeunesse Année 2017-2018

## Dossier Inscription



Photo

à coller

### ➤ JEUNE

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : F  H

Né(e) le : ..... à ..... Département : ..... Pays : .....

N° de portable du jeune : ..... Adresse mail du jeune : .....

Etablissement scolaire fréquenté : ..... à ..... Classe : .....

#### Résidence :

Chez les 2 parents → adresse : .....

Chez la mère / père → adresse : .....

Autres (précisez) → adresse : .....

#### Envoi des informations jeunesse par mail et SMS :

Dans le cadre des activités jeunesse, des mails et des SMS sont envoyés aux jeunes. Ces mêmes informations sont envoyées en copie à l'un des parents. Merci de nous dire à quel parent les envoyer en priorité :

Mère  Père

### ➤ RESPONSABLES LEGAUX

#### Situation familiale :

Mariés  Divorcés  Séparés  Union libre  Célibataire  Veuf (ve)

#### ➤ MERE

Nom : ..... Prénom : .....

TEL domicile : ..... Tel portable : ..... Professionnel : .....

Adresse mail : .....@.....

#### **Employeur**

Nom : ..... Adresse: .....

..... Ville : .....

#### ➤ PERE

Nom : ..... Prénom : .....

TEL domicile : ..... Tel portable : ..... Professionnel : .....

Adresse mail : .....@.....

#### **Employeur**

Nom : ..... Adresse: .....

..... Ville : .....



# Commune de La Rochette



	père	mère
Régime général (tous les salariés des entreprises privées, artisans, commerçants, agent collectivité locale, ...)		
Régime particulier (salariés exploitants, SNCF, EDF GDF, Marins)		

## ➤ RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

- Préciser si votre enfant porte des lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires... ..
- A-t-il des contres indications à la pratique de certaines activités ? .....
- Votre enfant a-t-il d'autres difficultés de santé ? si oui lesquelles ? (précisez les précautions à suivre) .....
- Votre enfant a-t-il des allergies ?

	Oui	Non	Précisez les causes et la conduite à tenir
Asthme			
Alimentaire			
Médicamenteuse			
Autres			

- Nom du médecin traitant : ..... téléphone : .....

Je soussigné(e), ..... responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements fournis sur cette fiche et autorise le cas échéant toutes mesures rendues nécessaires par l'état du jeune (anesthésie, intervention chirurgicale, traitement médical, hospitalisation)

**Date :** ..... **Signature :** .....

## ➤ PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom et prénom	N° de téléphone	Lien avec le jeune	Autorisé à venir récupérer le jeune (case à cocher)

## ➤ AUTORISATIONS

Je soussigné(e), ..... responsable légal du jeune, autorise :

- Mon enfant à partir seul après les activités en journée..... oui  non
- Mon enfant à partir seul après les activités en soirée..... oui  non
- La prise de photo durant les activités..... oui  non
- La publication des photos dans le journal de la ville (ou local), site internet de la commune ou programme d'activité, expositions, forums..... oui  non
- La publication de photos sur le Facebook du service jeunesse..... oui  non
- Les responsables du service jeunesse à envoyer à mon enfant ou à moi-même les programmes ou autres informations par mail ou par SMS..... oui  non