

Objets précieux

Le SMJ ne pourra en aucun cas être rendu responsable de la perte ou de la détérioration d'objets de valeur (bijoux, montres, portables, MP3, appareils photos...).

Décharge

Pour les retours de séjours ou de sorties, le jeune non autorisé à partir seul pourra être confié à une autre personne que les représentants légaux. Une demande écrite et signée des parents ou tuteurs, avec présentation d'une pièce d'identité sera exigée. Cette attestation déchargera la collectivité de toute responsabilité.

Déclaration des responsables légaux du jeune

Pour être admis dans une activité encadrée (accueil, activité, sortie, séjour et mini-séjour), cette déclaration devra obligatoirement être remplie et signée par les responsables légaux du jeune.

Je soussigné(e)

Père Mère Tuteur

Autorise la collectivité de Fontenay-sous-Bois à faire soigner mon enfant et pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins.

Autorise la collectivité de Fontenay-sous-Bois à faire participer mon enfant à toutes les activités, sauf contre-indication dûment signifiée pendant l'année scolaire en cours.

Autorise **N'autorise pas**
la collectivité de Fontenay-sous-Bois à diffuser sur les sites Internet officiels de la commune ou toute publication municipale ou encore en lien avec les activités du service jeunesse et dans le respect des personnes, les images (photos, vidéos) dans lesquelles figurerait mon enfant pour la communication municipale dans un but non lucratif.

Autorise mon enfant à rentrer seul(e) après le temps d'accueil dans une structure du SMJ.

Fontenay-sous-Bois, le

Signature des parents
ou du représentant légal

Place du 8 Mai 1945 - 94120 Fontenay-sous-Bois

Tél : 01 49 74 76 81 Fax : 01 49 74 76 80

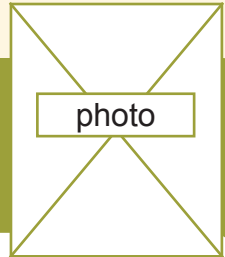
www.smj.fontenay-sous-bois.fr Courriel : smj@fontenay-sous-Bois.fr

Fiche de renseignements

administratifs et sanitaires

Année scolaire :

Ateliers	Séjours	Espace InterG	Alouettes	Bois Cadet	Pasteur	Romain Rolland
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Le jeune

Fille Garçon

Nom : Prénom :

Adresse :

..... code postal :

Date de naissance : Nationalité :

établissement scolaire : Classe :

tél. portable : Adresse mail :

Le jeune a-t-il des frères et sœurs ? Si oui, indiquer les noms prénoms et âges :

Le jeune s'inscrit-il pour la première fois ? Oui Non

Structures similaires fréquentées précédemment :

Participation aux activités sportives dont piscine* Oui Non

Si NON, veuillez indiquer les restrictions :

Activités pratiquées :

Existe-t-il des contre-indications à la pratique de certaines activités?

Oui Non Si oui, lesquelles :

*Fournir l'attestation de natation de 50 m

Fiche sanitaire de liaison

à remplir obligatoirement

Vaccinations

Se référer au carnet de santé ou certificats de vaccinations

Vaccins obligatoires	oui non		derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT Polio				Autres :	
ou Tétracoq					
BCG					

Santé et précautions à prendre

Le jeune suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui, joindre l'ordonnance la plus récente et les médicaments correspondants (dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant, avec la notice).

Maladies

Le jeune a-t-il eu les maladies suivantes ?

Rubéole	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Scarlatine	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Varicelle	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Otite	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Angine	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rougeole	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Rhumatisme articulaire	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Oreillons	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Allergies

Le jeune a-t-il eu les allergies suivantes ?

asthme	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	médicamenteuses	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
alimentaires	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	autres	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Recommandations utiles des parents

Le jeune suit-il un régime particulier ? Oui Non

Si oui, lequel ?

Le jeune porte-t-il des : lunettes lentilles prothèses auditives prothèses dentaires

Fiche individuelle de renseignements

à remplir par les responsables de l'enfant

Représentant légal du jeune

Père Mère Tuteur

Nom : Prénom :

Adresse :

..... code postal :

Téléphone domicile : travail :

portable : Adresse mail :

N° de sécurité sociale :

Mutuelle :

Représentant légal du jeune

Père Mère Tuteur

Nom : Prénom :

Adresse :

..... code postal :

Téléphone domicile : travail :

portable : Adresse mail :

N° de sécurité sociale :

Mutuelle :

Qui joindre en cas d'urgence ?

Nom : Prénom :

Adresse :

..... code postal :

Téléphone domicile : travail :

portable :