

Cadre réservé à l'administration
Dossier reçu le :
Traité le :
Par :
Numéro de carte :



FORMULAIRE D'INSCRIPTION CLUB JEUNESSE SERVICE JEUNESSE 2022/2023

DOCUMENTS A FOURNIR :

- JUSTIFICATIF DE DOMICILE DE MOINS DE 3 MOIS
- CERTIFICAT DE SCOLARITE DE L'ENFANT SI MOINS DE 11 ANS OU HORS LIVRYENS
- PIECE D'IDENTITE DE L'ENFANT
- PIECE D'IDENTITE DU RESPONSABLE LEGAL
- 2 PHOTOS D'IDENTITE (1 POUR LE DOSSIER + 1 POUR LA CARTE)
- COUT DE L'ADHESION (10€)

IDENTITÉ DU JEUNE

NOM :

PRENOM :

FEMININ MASCULIN

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

93190 LIVRY-GARGAN OU

TELEPHONE (DE L'ENFANT) :

EMAIL (DE L'ENFANT) :@.....

J'autorise mon enfant à rentrer seul(e) à la fin des ateliers du Club Jeunesse

Je n'autorise pas mon enfant à rentrer seul(e).

Personne(s) autorisée(s) à récupérer mon enfant :

NOM-PRÉNOM	QUALITÉ	N° TELEPHONE

ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE DU JEUNE :

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical afin que votre enfant puisse s'inscrire au Club Jeunesse :

Cochez OUI ou par NON* aux questions suivantes	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de la famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?		
2) L'enfant a-t-il ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		
3) L'enfant a-t-il eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		
4) L'enfant a-t-il eu une perte de connaissance ?		
5) Si L'enfant a arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, a-t-il repris ?		
6) L'enfant a-t-il débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		
A ce jour		
7) L'enfant ressent-il une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ?		
8) Sa pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		
9) Pensez-vous que votre enfant a besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?		
*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité des responsables légaux.		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :
Pas de certificat médical à fournir.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :
Certificat médical à fournir par le médecin traitant de votre enfant.

En cas d'accident de mon enfant :

- Lors d'une activité dans le cadre du Club Jeunesse, j'autorise le transport de mon enfant dans un établissement hospitalier le plus proche.
- Le médecin à pratiquer tous soins nécessaires et éventuellement une intervention chirurgicale nécessitant une anesthésie générale.

FICHE SANITAIRE ET QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Votre enfant est-il asthmatique ?

OUI NON

Votre enfant est-il diabétique ?

OUI NON

Votre enfant suit-il un traitement médical particulier ? (Si oui merci de nous fournir l'ordonnance)

OUI NON

Votre enfant a-t-il des allergies médicamenteuses ? (Si oui lesquelles)

OUI NON

.....

Votre enfant a-t-il des allergies alimentaires ? (Si oui lesquelles)

OUI NON

.....

Votre enfant suit-il un régime alimentaire précis ? (Si oui précisez)

OUI NON

.....

Votre enfant porte-t-il des lunettes de vue ?

OUI NON

Quand doit-il les porter ?

.....

Votre enfant porte-t-il un appareil dentaire ?

OUI NON

Quand doit-il le porter ?

.....

Votre enfant porte-t-il des prothèses auditives ?

OUI NON

Quand doit-il les porter ?

.....

Votre enfant doit-il porter un autre équipement nécessaire à sa santé ou son bien être ? (Si oui merci de préciser les modalités de port)

OUI NON

Quand doit-il les porter ?

.....

RESPONSABLES LÉGAUX

QUALITE

- PERE MERE TUTEUR
 ASSISTANT(E) FAMILIAL(E)
 STRUCTURE DE VIE ET D'HEBERGEMENT

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

.....

CODE POSTAL ET VILLE :

TEL. ☎ :

PORT. 📠 :

ADRESSE MAIL :

.....@.....

Profession exercée :

.....

Tel. Professionnel :

QUALITE

- PERE MERE TUTEUR BEAU PARENT
 ASSISTANT(E) FAMILIAL(E)
 STRUCTURE DE VIE ET D'HEBERGEMENT

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

.....

CODE POSTAL ET VILLE :

TEL. ☎ :

PORT. 📠 :

ADRESSE MAIL :

.....@.....

Profession exercée :

.....

Tel. Professionnel :

AUTORISATIONS

J'accepte de recevoir les invitations, les informations et l'état de présence de mon enfant par courrier électronique :

OUI NON

J'autorise l'utilisation de photographies et vidéos durant les activités pour tout support de communication de la Mairie de Livry-Gargan :

OUI NON

J'ai pris connaissance du règlement de fonctionnement du Club Jeunesse et l'accepte dans son intégralité.

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements communiqués et l'authenticité des documents fournis.

Fait à Le : / / 20.....

Signature d'un (des) responsable(s) légal(aux)