

Photo

Ne pas Agrafer

2025 - 2026

**Nom :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. **Prénom :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date et lieu de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Tél. du Jeune : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

***RESPONSABLES LEGAUX* (1) Rayer les mentions inutiles.**

* Père /Mère/Responsable Légal **(1)** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Tél Domicile : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Tél Bureau : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Tél Portable : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Mail : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

* Père /Mère/Responsable Légal **(1)** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Tél Domicile : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Tél Bureau : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Tél Portable : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Mail : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

***PERSONNE A PREVENIR EN CAS D’URGENCE (SI ABSENT)***

Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Téléphone : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

***AUTORISATIONS :* (1) Rayer les mentions inutiles.**

Je soussigné(e) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. autorise mon enfant : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| à participer aux soirées organisées par l’Espace Jeunes | OUI [ ]  | NON [ ]  |
| à prendre le car communal ou d’une société privée, les transports en commun | OUI [ ]  | NON [ ]  |
| à être photographié et à utiliser son image dans les parutions municipales, (Ollainvillage, site web)  | OUI [ ]  | NON [ ]  |
| à entrer et sortir de l’Espace Jeunes, seul, durant les heures d’ouverture | OUI [ ]  | NON [ ]  |
| à quitter l’Espace Jeunes seul et à rentrer par ses propres moyens, durant la journée | OUI [ ]  | NON [ ]  |

****

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE MINEUR (rayer les mentions inutiles)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Suit-il un traitement médical ?** | [ ]  OUI : (Joindre une ordonnance)Lequel ? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | [ ] NON |
| **A-t-il un P.A.I ?** | [ ]  OUI : (Joindre une ordonnance)Lequel ?Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | [ ] NON |
| **A-t-il des allergies ?** | [ ]  OUI Lesquelles ?Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | [ ] NON |
| **A-t-il de l’Asthme ?** | [ ]  OUIPrécisez la conduite à tenir (si automédication le signaler) :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | [ ] NON |
| **A-t-il eu des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, opération,…) ?** | [ ]  OUIPrécautions à prendre : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | [ ] NON |
| **Porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, ...?** | [ ]  OUIPrécautions à prendre : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | [ ] NON |
| **Vaccinations****- Ne plus donner de photocopies****- Indiquez la date de chaque vaccin****- \* Obligatoire en Ile-de-France** | DTPC :\* Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | BCG (antituberculeuse)Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.  | Pneumocoque :\*Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |
| Antivariolique :Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | Du ROR :\*Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | Autres : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**Documents à fournir pour que le dossier d’inscription soit complet :**

* **Attestation d’assurance de l’enfant**
* **Attestation CAF** (afin de calculer votre quotient pour les sorties, activités, séjours et mini-séjour)
* 5€ d’adhésion pour les Ollainvillois, 20€ pour les personnes ne résidant pas sur la commune

**RESPONSABLE DE L’ENFANT**

Je soussigné(e) :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte..responsable légal de l’enfant Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.. déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l’équipe d’animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d’un médecin et/ou d’un service d’urgence, seuls habilités à définir l’hôpital de secteur.

 Je certifie sur l’honneur l’exactitude des renseignements portés ci-dessus et m’engage à signaler toute modification intervenant au cours de l’année.

Le : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. Signature :