

OBSERVATIONS : Cadre réservé à l'équipe d'animation

A large, empty rounded rectangular box with a blue border, intended for observations by the animation team.



Fiche d'inscription 2024-2025

Maison des Jeunes Beaumont Hague

Photo

NOM

PRENOM

LIEU DE NAISSANCE :

Date :

SEXE :

GARCON

FILLE

(rayer la mention inutile)

ADRESSE :

TELEPHONE DU JEUNE :

MAIL DU JEUNE :

AUTORISATIONS *(cocher les autorisations que vous validez)*

- AUTORISATION A LA BAIGNADE
- AUTORISATION DE FILMER ET PHOTOGRAPHER ET D'UTILISER CES PHOTOS A BUT DE COMMUNICATION
- AUTORISATION A RENTRER SEUL(E)
- AUTORISATION DE SORTIR DE LA MAISON DES JEUNES
- AUTORISATION DE DEPLACEMENT EN VEHICULE DANS LE CADRE DES ACTIVITES DE LA MAISON DES JEUNES
- AUTORISATION LORS DE SORTIE D'ETRE AVEC UN GROUPE DE JEUNES SANS ANIMATEUR (AUTONOMIE PARTIELLEMENT SURVEILLEE)
- AUTORISATION A PRATIQUER L'ENSEMBLE DES ACTIVITES PROPOSEES DANS LE CADRE DE LA MAISON DES JEUNES

Le jeune :

J'ai pris connaissance du règlement intérieur de la structure Maison des Jeunes et m'engage à le respecter et à le faire respecter.

Signature

Document obligatoire :

Attestation d'assurance

COTISATION Adhérent(e) :

25€ pour l'année scolaire

20€ à partir du deuxième enfant

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations du jeune)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autre (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

ALLERGIES (Rayer les mentions inutiles)

Asthme : oui – non

Médicamenteuses : oui – non

Alimentaires : oui – non

Autres :

PAI : oui - non

(Joindre un certificat médical et un protocole) Validation par le directeur

ANTECEDANTS MEDICAUX

Rubéole : oui – non

Varicelle : oui – non

Angine : oui – non

Rhumatisme articulaire aigu : oui – non

Scarlatine : oui – non

Coqueluche : oui – non

Otite : oui – non

Rougeole : oui – non

Oreillons : oui - non

RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS

MEDECIN TRAITANT

NOM :

TELEPHONE :

ADRESSE :

REGIME ALIMENTAIRE SPECIFIQUE :

Sans porc

Sans bœuf

Sans viande

Rayer les mentions inutiles

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (par ordre de priorité)

NOM – Prénom	Téléphone	Liens avec le jeune

RESPONSABLE LEGAL DU JEUNE : Père Mère Autre : précisez :

Nom Prénom :

Adresse

Téléphone : Pro : Fixe : Portable :

Mail :

RESPONSABLE LEGAL DU JEUNE : Père Mère Autre : précisez :

Nom Prénom :

Adresse

Téléphone : Pro : Fixe : Portable :

Mail :

RESPONSABLE LEGAL DU JEUNE : Père Mère Autre : précisez :

Nom Prénom :

Adresse

Téléphone : Pro : Fixe : Portable :

Téléphone : Professionnel :

Mail :

Je soussigné(e) _____, certifie l'exactitude de l'ensemble des informations du dossier d'inscription et m'engage à prévenir en cas de modification.

En tant que responsable légal du jeune, je m'engage à respecter et faire respecter le règlement intérieur de la structure.

Signatures des responsables légaux