

JOINDRE UNE PHOTO D'IDENTITÉ AVEC AU DOS LE NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT – NE PAS COLLER NI AGRAFER

A remplir en lettres capitales et très lisiblement, merci !

Nom du jeune : Prénom du jeune : Garçon : <input type="checkbox"/> Fille : <input type="checkbox"/> Âge : Né(e) le : Adresse complète :	Etablissement fréquenté : Collège <input type="checkbox"/> Lycée <input type="checkbox"/> Niveau scolaire :
---	---

<i>Coordonnées des deux parents (remplir les 2 colonnes) ou du responsable légal (remplir seulement la 1^e colonne)</i>		
INFORMATIONS	(1) <input type="checkbox"/> PÈRE OU RESPONSABLE LÉGAL	(1) <input type="checkbox"/> MÈRE
<i>(1) Merci de cocher la case du parent à joindre en premier en cas d'urgence</i>		
Nom		
Prénom		
Adresse		
Tél. mobile		
Tél. pro		
Tél. domicile		
Email <i>(séparez bien les lettres pour une lecture aisée)</i>		
Situation familiale	Mariés <input type="checkbox"/> Pacsés <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/>	Séparés ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Divorcés ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> <div style="background-color: #cccccc; padding: 2px; text-align: center;"><i>Précisez si : garde alternée⁽²⁾ <input type="checkbox"/></i></div>

⁽²⁾ Merci de joindre a) un justificatif précisant le mode de garde choisi (courrier de la CAF, des parents...);
 b) si besoin, la copie de l'extrait de jugement justifiant de la responsabilité de l'enfant

AUTORISATIONS PARENTALES

J'autorise mon enfant à rentrer seul après ces activités :

- COMMISSIONS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ACTIVITÉS/SORTIES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J'autorise l'utilisation de prises de vues de mon enfant pour les publications de la ville (journal municipal, affiches, programmes, site Internet de la ville,...) :

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

RAPPEL : VOTRE ENFANT DOIT ÊTRE À JOUR DES VACCINS OBLIGATOIRES

Joindre obligatoirement la copie des pages du carnet de santé attestant que ces vaccinations sont à jour.
Dans le cas contraire, joindre le certificat médical de contre-indication.

■ Vaccinations	DT Polio (obligatoire)	ROR (facultatif)	BCG (facultatif)
Date du vaccin			
Date du dernier rappel			

■ Si votre enfant a déjà eu les maladies suivantes, cochez les cases correspondantes :

OTITE OREILLONS ROUGEOLE COQUELUCHE
 ANGINE VARICELLE RUBÉOLE SCARLATINE

A-t-il souffert de RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ ? **OUI** **NON**

■ Votre enfant a des réactions allergiques (asthme, alimentaires), médicamenteuses ou autres . Précisez lesquelles : **OUI** **NON**

.....

■ Vous demandez à ce qu'il bénéficie d'un Projet d'Accueil Individualisé : **OUI** **NON**
 Précisez lequel : P.A.I Santé P.A.I Alimentaire

■ Votre enfant a eu des antécédents médicaux ou chirurgicaux, **OUI** **NON**
 susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil (maladie, accident, crises convulsives, opération, rééducation...) ou sur la pratique d'une activité sportive. Précisez les précautions à prendre :

.....

■ Votre enfant suit un traitement médical régulier : **OUI** **NON**
 Précisez lequel :

.....

■ Recommandations utiles des parents : (port de lunettes, de lentilles, de prothèses auditives, dentaire...)

.....

■ Repas sans porc : **OUI** **NON**

A remplir obligatoirement

Je, soussigné(e), Madame, Monsieur

en qualité de père mère représentant légal

certifie exacts les renseignements mentionnés ci-dessus ainsi que les documents joints et autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale).

Fait à Bois-Colombes, le/...../..... Signature :