

Jeunesse

Année scolaire 2024-2025

DOSSIER D'INSCRIPTION 11 / 17 ans

Pièces à fournir :

- La fiche sanitaire et l'attestation parentale complétées et signées
- 2 photos d'identité récentes
- Date du vaccin DT Polio (à renseigner sur fiche sanitaire)
- Copie de la notification CAF (numéro d'adhérent)

Attention :

Le tarif maximum sera appliqué aux familles qui n'auront pas fait calculer leur RMPP (anciennement Quotient Familial) à l'espace des Services Administratifs de la Mairie.

Dossier complet à rapporter au Service Municipal de la Jeunesse, ou aux salles Café-Club ou Sidney

Espace Avicenne - 2/4 rue Lavoisier - 77680 Roissy-en-Brie

Une facturation de 6.00 € sera effectuée par le Service Régie.

*La carte est remise au jeune dès le traitement du dossier complet par nos Services.
Elle permet l'accès à l'ensemble des structures jeunesse, ainsi qu'aux activités, sorties,
mini-séjours et avantages proposés par le SMJ.*

- Année scolaire 2024/2025

ATTESTATION PARENTALE

Pour la pratique des activités du Service Municipal de la Jeunesse

Je soussigné (e) :

NOM : _____

PRENOM : _____

Responsable légal du jeune :

NOM : _____

PRENOM : _____

1. Autorise mon enfant à **participer aux activités proposées** par le Service Jeunesse de Roissy-en-Brie pour l'année scolaire 2024/2025
2. Reconnais avoir pris connaissance des **modalités d'organisation des activités** proposées par le Service Jeunesse
3. Atteste de **l'exactitude des informations** indiquées sur la fiche de Renseignements et m'engage à communiquer toutes modifications.
4. Certifie que le jeune **approuve et s'engage à respecter** la charte.
5. Etre couvert par une assurance pour les activités.

Date : ____/____/____

Signature du
responsable légal :

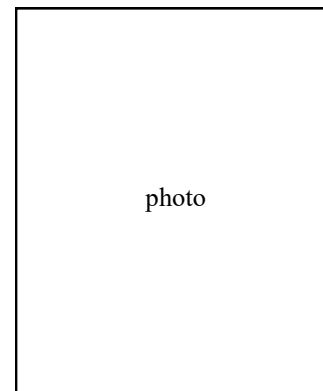
Signature
du jeune :

Fiche Sanitaire

IMPORTANT : Mentionnez ici le numéro de mobile à contacter en priorité : _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE JEUNE

NOM : Sexe : H / F
Prénom : Né(e) le :/...../.....
 Préados (11/14 ans) - Ados (15 - 17ans)
Établissement scolaire : Classe :
Numéro de téléphone du jeune : _____
E-mail du jeune : _____



1 - Vaccination : Date du vaccin DTPOLIO ou dernier Rappel :
Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

2 - Renseignements médicaux concernant l'enfant
Le jeune suit-il un traitement médical pendant la période de fréquentation : *Oui* / *Non*
Si oui : joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants
(boîte des médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom du jeune avec la notice)
Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

3 - Allergies
Le jeune a-t-il une allergie : *Oui* / *Non*
Asthme : *Oui* / *Non* Médicamenteuse : *Oui* / *Non* Alimentaire : *Oui* / *Non*
Autre :
Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

4- Régime alimentaire particulier :
Le jeune doit-il suivre un régime alimentaire particulier : *Oui* / *Non*
Si oui, en préciser la nature :

5- Difficultés de santé :
Le jeune rencontre-t-il des difficultés de santé qui nécessitent la mise en place de précautions particulières ? *Oui* / *Non*
Si oui, lesquelles :
.....
.....
.....
.....

6- Responsables légaux

Madame

Nom :

Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

.....

E-mail : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

| _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Téléphone portable : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Téléphone domicile : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Téléphone travail : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Monsieur

Nom :

Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

.....

E-mail : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

| _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Téléphone portable : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Téléphone domicile : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Téléphone travail : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

7- Autorisations

Personne(s) à contacter en cas d'urgence et autorisée(s) à venir chercher le jeune sur une structure.

1. Nom / Prénom : N° de téléphone : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

2. Nom / prénom : N° de téléphone : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

- J'autorise mon enfant à quitter seul les structures d'accueil ou les activités : Oui / Non

8- Autorisation de publication

J'autorise Je n'autorise pas la photographie de mon enfant et sa publication éventuelle dans tout support d'information et de communication municipale (Internet, journaux, revues, affiches...) ou lors d'expositions.

Je soussigné(e),

responsable légal du jeune, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe du Service Jeunesse à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état du jeune.

Le/...../.....

Signature :