



# DOSSIER D'INSCRIPTION

## Maison des Jeunes de Merlevenez

### Année scolaire 2018/2019

Fiche sanitaire de liaison     Copies du carnet de santé     Attestation d'assurance

#### CONCERNANT VOTRE ENFANT

|   |                           |
|---|---------------------------|
| NOM : _____   | PRÉNOM : _____            |
| Date de naissance : ____ / ____ / ____              | Lieu de naissance : _____ |
| Adresse de l'enfant : _____                         |                           |
| Code postal : _____                                 | Commune : _____           |
| École fréquentée : (2016/2017) _____ Classe : _____ |                           |

#### CONCERNANT LE(S) RESPONSABLE(S) LÉGAL(AUX)

- **NOM :** \_\_\_\_\_ **PRÉNOM :** \_\_\_\_\_  
En qualité de :  Père     Mère     Autre : \_\_\_\_\_  
Adresse (si différente de celle de l'enfant) : \_\_\_\_\_  
Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Contact :    ☎ Domicile : \_\_\_\_\_  
                  ☎ Portable : \_\_\_\_\_  
                  📞 Travail : \_\_\_\_\_  
                  @ Courriel : \_\_\_\_\_  
Allocataire des prestations familiales : OUI  NON  Nom de l'organisme (CAF, MSA, autre) : \_\_\_\_\_
- **NOM :** \_\_\_\_\_ **PRÉNOM :** \_\_\_\_\_  
En qualité de :  Père     Mère     Autre : \_\_\_\_\_  
Adresse (si différente de celle de l'enfant) : \_\_\_\_\_  
Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Contact :    ☎ Domicile : \_\_\_\_\_  
                  ☎ Portable : \_\_\_\_\_  
                  📞 Travail : \_\_\_\_\_  
                  @ Courriel : \_\_\_\_\_

#### URGENCES MÉDICALES

|   |  |
|---|--|
| Médecin traitant : _____  | Téléphone : _____                                    |
| Si accident j'autorise le transport de mon enfant au Centre Hospitalier Bretagne Sud de Lorient : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>       |  |
| Autre, préciser: _____  |  |
| J'autorise les médecins à pratiquer les soins médicaux ou chirurgicaux en cas d'accident ou d'urgence : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |  |
| N° de Sécurité Sociale _____  |  |
| Personnes à contacter en cas d'urgence (autre que les responsables légaux) et/ou autorisées à prendre l'enfant à la sortie:                                       |  |
| Nom, Prénom : _____   | Téléphone(s) : _____                                 |
| Adresse : _____   |  |
| Lien avec l'enfant : _____  |  |
| A appeler en cas d'urgence <input type="checkbox"/>   | Autorisé à prendre l'enfant <input type="checkbox"/> |

## LES AUTORISATIONS PARENTALES

J'autorise mon enfant à être photographié lors des activités et sorties et je permets la parution de son image pour :

- des présentations au sein de l'accueil de loisirs
- les journaux locaux et municipaux
- le site internet de la mairie de Merlevenez

J'autorise mon enfant à partir seul oui  non

### PIÈCES À JOINDRE :

- La fiche sanitaire de liaison dûment complétée
- La copie du carnet de santé avec les vaccins
- L'attestation d'assurance extrascolaire

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Responsable légal de l'enfant \_\_\_\_\_

- **Atteste que les renseignements de mon dossier d'inscription sont rigoureusement exacts**
- **Déclare être responsable de mon enfant dès lors qu'il n'est pas dans l'enceinte de la maison des jeunes en dehors des sorties proposées par celui-ci.**

### SIGNATURE(S) DU(ES) RESPONSABLE(S) LEGAL(UX)

**Mère :**

**A..... le.....**

Porter la mention « lu et approuvé » :

**Signature**

**Père :**

**A..... le.....**

Porter la mention « lu et approuvé » :

**Signature**

**Autre \_\_\_\_\_ :**

**A..... le.....**

Porter la mention « lu et approuvé » :

**Signature**