

IVRY

S/SEINE

DIRECTION JEUNESSE

INSCRIPTION

Date d'inscription :/...../..... N° de fiche :

TYPE DE STRUCTURE ET/OU D'ACTIVITÉ

Antenne de quartier :

Centre de vacances :

Photo

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE-LA JEUNE

Nom : Formation actuelle :

Prénom :

Sexe : Et. ou entreprise :

Date de naissance : Tél. mobile :

Lieu de naissance : Mail :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

Parent 1

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

Tél. domicile :

Profession :

Employeur :

Adresse de l'employeur :

Tél. travail :

Tél. mobile :

Parent 2

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

Tél. domicile :

Profession :

Employeur :

Adresse de l'employeur :

Tél. travail :

Tél. mobile :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant est-il allergique ? OUI NON

Si oui, à quoi ?

L'enfant suit-il-elle un régime particulier ? OUI NON

Si oui, lequel ?

L'enfant est-il-elle apte à pratiquer des activités sportives ? OUI NON

Contre-indication :

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates

OBSERVATIONS :

.....

.....

MALADIES : Varicelle Coqueluche Rougeole
 Oreillons Asthme Diphtérie Méningite

AUTRES PERSONNES À CONTACTER

Nom : Nom :

Prénom : Prénom :

Adresse : Adresse :

.....

Tél. mobile : Tél. mobile :

Tél. domicile : Tél. domicile :

Je soussigné(e) représentant légal agissant en qualité de père, mère, tuteur de l'enfant, autorise formellement le directeur du centre à prendre toute les mesures nécessaires afin de faire pratiquer à mon enfant tout examen médicale ainsi que toute intervention chirurgicale (même sous anesthésie) par le corps médical de tutelle.

DROIT À L'IMAGE : J'autorise la Ville d'Ivry-sur-Seine à diffuser sur support papier ou Internet, des photos ou vidéos sur lesquelles figure mon enfant dans le cadre des activités, toujours de sa personne et du contexte : OUI NON

Fait à Ivry-sur-Seine, le/...../.....

« Lu et approuvé »

Signature