

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<sup>ère</sup> colonne)</i>		
INFORMATIONS	(1) <input type="checkbox"/> PÈRE OU RESPONSABLE LÉGAL	(1) <input type="checkbox"/> MÈRE
<b>(1) Merci de cocher la case du parent à joindre en premier en cas d'urgence</b>		
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"/>	Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Séparés <sup>(2)</sup> <input type="checkbox"/> Divorcés <sup>(2)</sup> <input type="checkbox"/> Précisez si : garde alternée <sup>(2)</sup> <input type="checkbox"/>

<sup>(2)</sup> 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 :	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	
- 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,...) :	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	
	<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 :