



Dossier d'Inscription : Carte « ELAN PASS »

Année : _____

Date d'inscription :

Nom de l'agent receveur :

- PAAJ** (11 à 17 ans)
- Réductions partenaires** (11 à 25 ans)
- E-Center** (Point Cyb, Emploi, Jeunesse)
- Le JACK** (Local de Musique)

Pièces à fournir :

- 1 justificatif de domicile
- 2 photos d'identité
- 1 pièce d'identité

NOM : _____ **PRENOM :** _____

SEXE : FEMININ MASCULIN

DATE DE NAISSANCE : _____ **LIEU :** _____

(Attention : Pour les mineurs remplir les documents supplémentaires)

Adresse :
.....

Quartier :

Téléphone(s) :
.....

Mail :

Elancourt, le :

Signature :

**Pour bénéficier des ACTIVITES du PAAJ, du E-Center, du JACK (Local de Musique)
et des nombreuses réductions chez nos partenaires,
la présentation de la carte ELAN PASS est OBLIGATOIRE.**

Pour les mineurs :

Autorisation parentale

(réductions partenaires, e-center, jack)

Je soussigné(e) :

NOM : _____ PRENOM : _____

Responsable de l'enfant :

NOM : _____ PRENOM : _____

Certifie exacts les renseignements de cette fiche d'inscription.

Elancourt, le : _____

Signature des parents :

Uniquement pour l'Inscription au PAAJ :

Pièces supplémentaires à fournir:

- Une attestation d'assurance « Responsabilité Civile personnelle » de l'année en cours
- La fiche annuelle d'autorisation parentale de fréquentation des structures jeunesse
- La fiche sanitaire actualisée + photocopie des vaccins (carnet de santé)
- La charte de bonne conduite remise par le responsable de la structure et qui doit être signée des parents (ou responsable légal) et du jeune (sur place au PAAJ)

Renseignements complémentaires:

NOM ET PRENOM DU PERE : _____

NOM ET PRENOM DE LA MERE : _____

PROFESSION DU PERE : _____

TEL : _____

PROFESSION DE LA MERE : _____

TEL : _____

AUTRE PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM : _____ PRENOM : _____

TEL : _____

SITUATION SCOLAIRE OU PROFESSIONNELLE

SCOLAIRE Classe : _____

Etablissement : _____

EN FORMATION PROFESSIONNELLE Quelle formation : _____

Nom du centre de formation : _____

FICHE ANNUELLE DE FREQUENTATION DE LA STRUCTURE JEUNESSE

AUTORISATION PARENTALE POUR LES ACTIVITES

Je soussigné (e) :

NOM : _____

PRENOM : _____

Responsable de l'enfant :

NOM : _____

PRENOM : _____

1. Autorise mon enfant à **participer aux activités proposées par le Service Jeunesse** dans le cadre des horaires d'ouverture des structures d'animation.
2. Certifie avoir **lu et approuvé** avec mon enfant, le règlement général, les conditions d'inscription et d'assurance pour participer aux activités du Service Jeunesse.
3. Autorise les responsables des activités à prendre toutes mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant (hospitalisation, intervention chirurgicale) et par conséquent d'orienter les secours vers **l'établissement hospitalier** le plus approprié ou de préférence vers :

-
4. Autorise la prise de vue de mon enfant, dans le cadre d'un tournage vidéo ou d'un reportage photo. Les photos/vidéos peuvent pour une durée de 5 ans, selon les besoins de la ville d'Elancourt être utilisées dans les supports de communication municipaux, sous quelque forme que ce soit, et d'autres supports de communication qu'elle jugera nécessaires (presse locale et nationale).

J'autorise

Je n'autorise pas

Date : ____ / ____ / ____

Signature du responsable

(avec mention lu et approuvé)

Signature du jeune

(avec mention lu et approuvé)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARCON

FILLE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles, elle évite de vous démunir du carnet de santé de votre enfant.

2 – VACCINATIONS

 (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non
ALIMENTAIRES oui non

MEDICAMENTEUSES oui non
AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication, merci de le signaler).....

.....
.....
.....

INDIQUEZ CI-APRES :

LES **DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE**.

.....
.....
.....
.....
.....

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC... PRECISEZ :

.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOM :

ADRESSE :
.....
.....

TEL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre ou du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES :

COORDONNEES DE L'ORGANISATEUR DU SEJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....
.....

OBSERVATIONS :

.....
.....
.....
.....

