



# Colombier Saugnieu

MAISON DES JEUNES



# Pôle EJE

Enfance, jeunesse et éducation

## DOSSIER D'INSCRIPTION 2024/2025

### JEUNE

PHOTO

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe: F  M  Téléphone du jeune : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_ ans Taille (utile pour certaines sorties) : \_\_\_\_\_

### RESPONSABLE 1

Célibataire  Marié.e  Pacsé.e  Divorcé.e  Vie maritale  Veuf.ve  Séparé.e

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de Jeune fille : \_\_\_\_\_

Lien de parenté avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_

Professionnel \_\_\_\_\_

Adresse e-mail : (elle sera votre identifiant pour l'Espace Famille)

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Souhaitez-vous l'envoi des factures par email ? OUI  NON

Souhaitez-vous communiquer par email ? OUI  NON

### RESPONSABLE 2

Célibataire  Marié.e  Pacsé.e  Divorcé.e  Vie maritale  Veuf.ve  Séparé.e

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de Jeune fille : \_\_\_\_\_

Lien de parenté avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_

Professionnel \_\_\_\_\_

Adresse e-mail : si vous souhaitez avoir vos propres accès à l'Espace Famille, vous pouvez nous communiquer votre e-mail (différent du responsable 1)

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Souhaitez-vous l'envoi des factures par email ? OUI  NON

Souhaitez-vous communiquer par email ? OUI  NON

### VOTRE DOSSIER DOIT COMPORTER :

- DOSSIER D'INSCRIPTION MAISON DES JEUNES 2024-2025
- FICHE SANITAIRE 2024-2025
- Test de natation du jeune (sauf si fourni l'année précédente)

### Pièces à joindre **obligatoirement** au dossier :

- Attestation d'assurance scolaire/périscolaire/extrascolaire 2024-2025
- Photocopies des pages « vaccinations » du carnet de santé (PAI si besoin)
- Photo du jeune obligatoire
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois (facture électricité, Eau ...)

**TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSE ET LES DEMANDES D'INSCRIPTIONS  
NE SERONT PAS PRISES EN COMPTE**

CE DOSSIER COMPLET DOIT ÊTRE  
DEPOSÉ OBLIGATOIREMENT AU  
POLE ENFANCE

## RÉGIME ALIMENTAIRE

- Sans porc OUI  NON
- Sans viande OUI  NON
- Végétarien OUI  NON
- Allergie alimentaire \_\_\_\_\_ (Merci de nous fournir obligatoirement le PAI)

## AUTORISATIONS

Je soussigné.e Madame, Monsieur \_\_\_\_\_

Père  Mère  Tuteur du jeune  \_\_\_\_\_

	OUI	NON
- autorise les animateurs à photographier ou filmer mon enfant pendant les activités et à le diffuser sur le site internet de la commune ou sur l'Espace Famille .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- autorise mon enfant à participer à nos groupes privés WhatsApp (numéro de tél du jeune uniquement).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- autorise les animateurs à prendre toutes les mesures d'urgence sur avis médical, en cas de maladie ou d'accident.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- autorise les animateurs à administrer les médicaments prescrits uniquement sur ordonnance médicale transmise par les parents.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- autorise mon enfant à prendre le minibus pour la ramasse/dépose ou lors des sorties.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- autorise les animateurs à m'envoyer des Mailing et/ou sms.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- autorise mon enfant à partir seul (après 17h00, vendredi à 21h30).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- m'engage à régler les factures des activités avant la date limite de paiement.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à respecter son application pour le bon fonctionnement de la Maison des jeunes . Je confirme la présente inscription, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.**

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

***Signatures des représentants légaux et du Jeune :***

***Responsable 1***

***Responsable 2***

***Jeune***

# FICHE SANITAIRE

## 2024-2025

*Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite en 2025. Merci de nous indiquer tout changement en cours de d'année.*

### 2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Merci de fournir **OBLIGATOIREMENT** la copie des vaccins.

Si le jeune n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

### 3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

3.1 - Le jeune suit-il un **traitement médical** ? oui  non

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

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

3.2 - Le jeune présente-t-il un problème de santé, si oui, préciser. oui  non

---

---

3.3 - Allergies :

⇒ **ASTHME** oui  non

⇒ **MEDICAMENTEUSES** oui  non  si oui, préciser \_\_\_\_\_

---

⇒ **AUTRES (animaux, plantes, pollens...)** \_\_\_\_\_

---

⇒ **ALIMENTAIRES** oui  non  si oui, préciser les aliments à proscrire et fournir **OBLIGATOIREMENT un PAI**

---

Si « oui » est coché 1 fois, joindre un certificat médical ou le PAI précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

**Indiquez ci-après :**

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et **les précautions à prendre**.

---

---

**Recommandations utiles des responsables :**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie, etc ... Préciser.

---

---

**Observations diverses :**

---

---

**4 - COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT**

NOM DU MEDECIN TRAITANT : \_\_\_\_\_ TELEPHONE : \_\_\_\_\_

Je soussigné.e, \_\_\_\_\_ responsable légal du jeune, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de la Maison des Jeunes à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires selon l'état du jeune.

Date :

Signature :

**PERSONNES A PREVENIR (autres que les responsables légaux)**

Noms-Prénoms	Téléphones	Lien de parenté	A prévenir en cas d'urgence (autre que les responsables légaux)	A venir récupérer le jeune (autre que les responsables légaux)	Interdiction à venir récupérer le jeune

**COORDONNEES DE LA MAISON DES JEUNES**



**POLE ENFANCE JEUNESSE EDUCATION**  
166 route de Pont de Chérury 69124 Colombier Saugnieu  
04.72.05.55.87 ou 06.48.11.10.35 ou 06.07.38.86.66  
maisondesjeunes@mairie-colombiersaugnieu.fr  
Secrétariat : caroline.saint-cyr@mairie-colombiersaugnieu.fr