



INSCRIPTION ESPACE JEUNES 2026-2027

(Inscription 10€ + adhésion familiale 10€)



JEUNE :

NOM : PRENOM :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse mail : Tél Portable :

Classe et établissement scolaire :

Nom de l'assurance :

Numéro du contrat :

PARENT 1

- NOM Prénom :

- Adresse :

- Ville : - Code Postal :

- Téléphone : - Adresse mail :

PARENT 2

- NOM Prénom :

- Adresse :

- Ville : - Code Postal :

- Téléphone : - Adresse mail :

- Autorisation de transport

Lors des sorties j'autorise le transport de mon enfant sur les lieux d'activité par les moyens mis en place : minibus de l'association ou bus de ville.

Oui ☐ Non ☐

- Autorisation de prises de vues

J'autorise le personnel à photographier/filmer mon enfant afin d'illustrer des supports de communication (Presse, Affiche, Réseaux sociaux, Site Internet...) et donne le consentement à la diffusion de son image à titre gratuit. Ces images n'auront pas d'utilisation commerciale.

Oui ☐ Non ☐

- Autorisation d'hospitalisation

En cas d'urgence, j'autorise le responsable de l'activité à faire appel aux services de secours pour transporter mon enfant à l'hôpital le plus proche. J'autorise en outre les médecins de l'hôpital à pratiquer radiographie, soins nécessaires et intervention chirurgicale d'urgence avec anesthésie.

Oui ☐ Non ☐

Fiche Sanitaire

Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou au certificat de vaccination de votre enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
ou DT Polio			
ou Tétracoq			
BCG			

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

Le jeune suit-il un traitement médical ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole Oui ☐ Non ☐	Varicelle Oui ☐ Non ☐	Angine Oui ☐ Non ☐	Rhumatisme articulaire aigu Oui ☐ Non ☐	Scarlatine Oui ☐ Non ☐
Coqueluche Oui ☐ Non ☐	Otite Oui ☐ Non ☐	Rougeole Oui ☐ Non ☐	Oreillons Oui ☐ Non ☐	Autres

Allergies : ASTHME Oui ☐ Non ☐

ALIMENTAIRES Oui ☐ Non ☐

MEDICAMENTEUSES Oui ☐ Non ☐

AUTRES :

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif)

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

Nom - Prénom	Téléphones	Lien parenté

Je soussigné(s) Responsable(s) légal (légaux) de l'enfant certifie (certifions) sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.

Date:

Signatures: