



# ACTIVITE JEUNESSE

## FICHE INSCRIPTION Vacances Toussaint 2019

Nom du jeune : \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_  
Date de naissance et lieu \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_

### RESPONSABLES LEGAUX

Nom et prénom du **père** \_\_\_\_\_  
Adresse (si différente) \_\_\_\_\_  
Code postal \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

Nom et prénom de la **mère** \_\_\_\_\_  
Adresse (si différente) \_\_\_\_\_  
Code postal \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

1. Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ responsable légal(e)  
autorise mon enfant \_\_\_\_\_ à participer à l'activité  
Jeunesse durant des vacances scolaires de 13h30 à 17h00.
2. Je soussigné (e) \_\_\_\_\_ responsable légal (e)  
autorise mon enfant \_\_\_\_\_ à prendre tous types de  
transports (mini bus, train, car...) pour se rendre à une activité.
3. J'autorise le transport de mon enfant à l'hôpital en cas d'urgence et à subir une intervention chirurgicale.
4. **SANTE**  
Merci de compléter obligatoirement la fiche sanitaire jointe.

Fait à L'Isle Adam, le \_\_\_\_\_

Signature du représentant légal \_\_\_\_\_



---

#### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

---

---

---

---

---

---

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT? Non  Occasionnellement  Oui

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE? Non  Oui

---

#### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) \_\_\_\_\_

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) \_\_\_\_\_

*Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date :

Signature :

---

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

---

---

---

**OBSERVATIONS**

---

---

---

---

---

---