Sainte-Geneviève-des-Bois

SERVICE JEUNESSE
Tiers-lieu jeunesse Claude Rolland • 5/7 avenue du Canal • 91700 Sainte-Geneviève-des-Bois
☎ 01 69 46 67 70 • service-jeunesse@sgdb91.com • WWW.SGDB91.COM

Formulaire d'inscription

du 1er septembre 2026 au 31 août 2027

ENFANT

Nom : ..... **Prénom :** .....

Né(e) le : ..... **Civilité :** ❍ **Fille** ❍ **Garçon**

Téléphone (portable si possible) **:** ..... **Email :** .....

Adresse : .....

RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

Nom : ..... **Prénom :** .....

Téléphone portable : ..... **Téléphone :** .....

Email : .....

Adresse : .....

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom : ..... **Prénom :** .....

Téléphone portable : ..... **Téléphone :** .....

AUTORISATIONS

J'autorise ❍ **OUI** ❍ **NON** mon enfant à quitter librement la structure.

J'autorise ❍ **OUI** ❍ **NON** la Ville de Sainte-Geneviève-des-Bois à utiliser les photos et vidéos où figure mon enfant (réalisées dans le cadre des activités du service Jeunesse), dans les publications municipales et sur le site Internet de Sainte-Geneviève-des-Bois.

Je soussigné(e) ..... déclare sur l'honneur les renseignements ci-dessus exacts et autorise mon enfant à participer aux activités proposées par le service Jeunesse. J'autorise les animateurs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et la prise en charge de celui-ci après les soins en cas d'absence du responsable légal.

Fait à Sainte-Geneviève-des-Bois, le .....

Signature parent responsable

Signature de l'enfant

QUOTIENT FAMILIAL

REMPLIR PAR LE SERVICE JEUNESSE

#sgdb91
@villesgdb91

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA AUTOMATIQUEMENT RETOURNÉ.

Fiche sanitaire 2026/2027

ENFANT

Nom : ..... **Prénom :** .....

Né(e) le : ..... **Civilité :** ❍ **Fille** ❍ **Garçon**

RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

Nom : ..... **Prénom :** .....

VACCINATIONS (SE RÉFÉRER AU CARNET DE SANTÉ DE L'ENFANT OU AUX CERTIFICATS DE VACCINATIONS)

VACCINS OBLIGATOIRES

DIPHTERIE ❍ **Oui** ❍ **Non**
Date des derniers rappels : .....

TETANOS ❍ **Oui** ❍ **Non**
Date des derniers rappels : .....

POLIO ❍ **Oui** ❍ **Non**
Date des derniers rappels : .....

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

VACCINS RECOMMANDÉS

HEPATITE B ❍ **Oui** ❍ **Non**
Date des derniers rappels : .....

R.O.R. ❍ **Oui** ❍ **Non**
Date des derniers rappels : .....

COQUELUCHE ❍ **Oui** ❍ **Non**
Date des derniers rappels : .....

AUTRES (PRECISER) .....
.....

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

ALLERGIES

Asthme ❍ **Oui** ❍ **Non** **Alimentaire** ❍ **Oui** ❍ **Non** **Médicamenteuse** ❍ **Oui** ❍ **Non**

Autre (préciser) : .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir en cas d'urgence (joindre, si prise de médicaments, la prescription médicale avec les médicaments nécessaires à fournir)

.....

.....

.....

DIFFICULTÉS DE SANTÉ - PRESCRIPTION À PRENDRE

.....

.....

NOM ET TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT DE L'ENFANT : .....

.....

Je soussigné(e) ..... , responsable légal de l'enfant .....
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable des activités à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à Sainte-Geneviève-des-Bois, le .....

Signature :