



# **DIRECTION DES AFFAIRES SCOLAIRES ET DE L'ANIMATION**

## **DOSSIER D'INSCRIPTION ANNUELLE 2025/2026**

### **ESPACE JEUNESSE**

#### **RENSEIGNEMENTS JEUNES**

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

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

Lieu : \_\_\_\_\_

Établissement scolaire : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_

Adresse email : \_\_\_\_\_

Tél. Portable : \_\_\_\_\_

Collez ici  
la photo de votre  
enfant  
(OBLIGATOIRE)

#### **REPRÉSENTANT LÉGAL 1 :**

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

Prénom : \_\_\_\_\_

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

Code postal : | \_ | | \_ | | \_ | | \_ | | \_ |

Commune : \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_

Tél. professionnel : \_\_\_\_\_

Tél. Portable : \_\_\_\_\_

Adresse email : \_\_\_\_\_

#### **REPRÉSENTANT LÉGAL 2**

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

Prénom : \_\_\_\_\_

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

Code postal : | \_ | | \_ | | \_ | | \_ | | \_ |

Commune : \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_

Tél. professionnel : \_\_\_\_\_

Tél. portable : \_\_\_\_\_

Adresse email : \_\_\_\_\_

Assurance extrascolaire :

N° de police d'assurance :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **Autres personnes à contacter en cas d'urgence :**

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

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

Prénom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_



## AUTORISATION PARENTALE

J'autorise mon enfant à prendre part à l'ensemble des activités organisées par les structures jeunesse, qu'elles soient dans la commune ou à l'extérieur, et à se rendre sur les lieux d'activités par tout moyen de transports nécessaires.

☐ Oui ☐ Non

Je reconnais et accepte que mon enfant puisse arriver et quitter seul les structures jeunesse, tout en respectant les directives.

☐ Oui ☐ Non

**Si non, j'autorise les personnes majeures ci-dessous à récupérer mon enfant :**

Nom – Prénom : ..... Date de naissance : .....

Numéro de téléphone : .....

Nom – Prénom : ..... Date de naissance : .....

Numéro de téléphone : .....

J'autorise les structures jeunesse à réaliser des photos, vidéos et enregistrements audio de mon enfant dans un contexte pédagogique (activités manuelles, jeux collectifs, création multimédias, expositions...)

☐ Oui ☐ Non

J'autorise les structures jeunesse à utiliser les photos, vidéos et enregistrements audio de mon enfant pour une diffusion publique gratuite, notamment dans la presse locale, sur le site internet de la ville et les réseaux sociaux de la D.A.S.A.

☐ Oui ☐ Non

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature :

## DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ PARENTALE

Je soussigné(e) ..... responsable légal de l'enfant, autorise mon  
fils / ma fille (âgé(e) de plus de 11 ans) ..... à quitter seul(e) la  
structure jeunesse à :

☐ 12 H

Ou à

☐ 17 H

☐ Déclare décharger de toute responsabilité la structure d'accueil ainsi que la ville de Méru en cas de  
blessures et dommages matériels ou corporels occasionnés ou subis par l'enfant, qui pourraient survenir  
à partir de son départ de la structure.

☐ M'engage à faire renoncer mes assureurs à tout recours contre la Ville de Méru.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

SEXE : ☐ FEMININ ☐ MASCULIN

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

<b>VACCINS OBLIGATOIRES</b>	Date de la 1 <sup>ère</sup> injection	Date du dernier rappel
Diphtérie, Tétanos, poliomyélite, coqueluche, l'Haemophilus influenzae b		
Pneumocoque		
Hépatite B		
Rougeole, Oreillons, Rubéole		
Méningocoque		

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

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Si l'enfant doit suivre un traitement médical pendant sa présence aux accueils périscolaires, joindre obligatoirement 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 autre médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

A titre indicatif : L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	VARICELLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ANGINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OTITE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OREILLONS <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

**ALLERGIE :**      ASTHME : ☐ Oui ☐ Non      MÉDICAMENTEUSE : ☐ Oui ☐ Non  
ALIMENTAIRES : ☐ Oui ☐ Non      AUTRES : \_\_\_\_\_

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR dans le cadre d'un P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé)**

P.A.I. en cours      ☐ Oui ☐ Non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

3. **INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL ?

DES LENTILLES :

☐ Oui ☐ Non

DES LUNETTES :

☐ Oui ☐ Non (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

DES PROTHÈSES AUDITIVES :

☐ Oui ☐ Non (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

DES PROTHÈSES OU APPAREIL DENTAIRE :

☐ Oui ☐ Non (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

4. **AUTORISATIONS**

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives :

☐ Oui ☐ Non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées :

☐ Oui ☐ Non

5. **RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

TEL. FIXE (ET/OU PORTABLE) DOMICILE : \_\_\_\_\_ BUREAU : \_\_\_\_\_

NOM ET TEL. DU MÉDECIN TRAITANT (facultatif) : \_\_\_\_\_

Je soussigné \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, transport) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence, seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_