



DIRECTION DES AFFAIRES SCOLAIRES ET DE L'ANIMATION
DOSSIER D'INSCRIPTION ANNUELLE 2025/2026
MAISON DES JEUNES

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)

VACCINS OBLIGATOIRES	Date de la 1 ^{ère} 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 ☐ Oui ☐ Non	VARICELLE ☐ Oui ☐ Non	ANGINE ☐ Oui ☐ Non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ ☐ Oui ☐ Non	SCARLATINE ☐ Oui ☐ Non
COQUELUCHE ☐ Oui ☐ Non	OTITE ☐ Oui ☐ Non	ROUGEOLE ☐ Oui ☐ Non	OREILLONS ☐ Oui ☐ 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 : _____