



SERVICE JEUNESSE ET VIE ETUDIANTE

FORMULAIRE D'INSCRIPTION UNIQUE

SEPTEMBRE 2024 / JUILLET 2025

Nom, Prénom :

Date de Naissance :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Quartier : Centre-ville Guyonnerie Hauts de Bures/Montjay
 Cailletterie Hacquinière Paris-Chevreuse/Fauvette

E-mail (parents):..... / (enfant).....

Etablissement Fréquenté :

Responsable(s) légal(aux) :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone personnel (parents) :(enfant) :

Téléphone professionnel :

PERSONNE A JOINDRE EN CAS D'URGENCE

Noms, Prénoms :

Téléphone :

Numéro d'assurance responsabilité civile :

Compagnie :

POUR LES JEUNES MINEURS

Je soussigné(e) M. ou Mme

Autorise mon fils/ ma fille (noms, prénoms)

- A participer aux activités (de loisirs, culturelles, sportives, sorties, soirées, séjours) organisées

Par l'équipe du Service Jeunesse et Vie Etudiante,

- A fréquenter L'Espace Jeunes, situé au centre culturel Marcel Pagnol, dont je certifie avoir pris connaissance du fonctionnement et du règlement intérieur.

Je souhaite souscrire au Pass'Jeune Buressois (réservé aux 11-25 ans). OUI NON

J'autorise le service Jeunesse et Vie Etudiante à reproduire et diffuser des photos de mon enfant prises lors des différentes activités, dans le bulletin municipal de la ville. OUI NON

Fait à Bures-sur-Yvette, le

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

Document sanitaire simplifié de liaison

- L'enfant est à jour de ses vaccinations obligatoires (*joindre obligatoirement la copie du carnet de santé, ou certificats de vaccinations*).
- L'enfant suit-il un **traitement médical** régulièrement ? oui non

Si oui, et dans le cas où l'enfant participe à une animation encadrée par le Service Jeunesse et Vie Etudiante, joindre 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 médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

- L'enfant souffre-t-il d'une quelconque forme d'allergie ? oui non

Si oui, précisez-en la nature et les recommandations qui s'imposent :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- L'enfant souffre-t-il d'une quelconque difficulté de santé ? oui non

Si oui, précisez-en la nature et les recommandations qui s'imposent :

.....

.....

.....

.....

.....

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.

Date :

Signature :