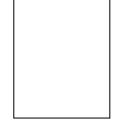


INSCRIPTION 2020 - 2021

SERVICE MUNICIPAL de la JEUNESSE

Espace Jeunesse

2, rue Paul Lafargue - 94270 Le Kremlin-Bicêtre Tél : 06 25 52 26 30



L'ENFANT:

Nom de l'enfant :	Prénom :
Date de naissance :	Sexe : fille - garçon
Adresse email :	Numéro de portable :
Etablissement scolaire :	
Quartier : ———————————————————————————————————	
LES PARENTS :	
Nom du père –Tuteur :	Prénom :
Adresse :	
Téléphone domicile :	Téléphone portable :
Mail :	@
Nom et adresse de l'employeur :	
	Prénom :
Téléphone domicile :	Téléphone portable :
Mail :	@
Nom et adresse de l'employeur :	

Fait au Kremlin-Bicêtre. Signature du Responsable	
Je soussigné (e)père, mère, tuteur, tutrice, autorise mon enfant à participer à toutes les activités de l'Espace jeunesse, y compris les baignades.	
J'ai bien noté que mon enfant se rend seul aux rendez-vous à l'Espace jeunesse et revient seul au domicile, non accompagné.	
L'inscription à l'Espace Jeunesse fera l'objet d'une cotisation annuelle de 5 Euros. La fréquentation de votre enfant aux activités sera assujettie à facturation.	
FONCTIONNEMENT ET RÈGLEMENT :	
brochures et documents de présentations et des publications officielles de la ville. Oui Non	
J'autorise la direction du service jeunesse à utiliser l'image de mon enfant pour illustrer ses	
DROIT À L'IMAGE :	
nécessaires par l'état de santé du jeune.	
autorise le directeur de l'Espace Jeunesse à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues	
Je soussigné(e), responsable du jeune	
AUTORISATION MÉDICALE:	
Nom : Téléphone :	
Nom : Téléphone :	
PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'ACCIDENT :	
or our, veumez preciser le type d'anergie(s).	
Si oui, veuillez préciser le type d'allergie(s) :	
Allergie (s) connue(s): oui non	
Groupe Sanguin : Rhésus : Date du dernier rappel DT Polio : / / /	

Précédée par la mention « lu et approuvé ».

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES OBLIGATOIRES:

(se référer au carnet de santé du jeune)

Le