

FICHE D'INSCRIPTION AU SERVICE JEUNESSE 2026-2027

ENFANT	
Identité	Photo
Nom :	
Prénom :	
Sexe :	
Date de naissance :	
Lieu de naissance :	

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Type : Père / Mère	Type : Père / Mère
Nom d'usage :	Nom d'usage :
Nom de naissance :	Nom de naissance :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :
Lieu de naissance :	Lieu de naissance :
Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs	Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Portable :	Portable :
Profession :	Profession :
Entreprise et lieu de travail :	Entreprise et lieu de travail :
Tél. professionnel :	Tél. professionnel :

Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

QUOTIENT FAMILIAL
Numéro Allocataire CAF ou MSA :
Nom de rattachement au numéro Allocataire :

PERSONNES AUTORISÉES A RÉCUPÉRER L'ENFANT			
---	--	--	--

Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	
Autorisations	Réponse
Partir seul : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, <i>une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (À joindre avec cette fiche).</i>	OUI / NON
Prise de photo : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.	OUI / NON
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	OUI / NON
Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant	OUI / NON

INFORMATIONS MÉDICALES		
Allergies		Pratiques alimentaires
		SANS PORC OUI / NON
		SANS VIANDE OUI / NON
		VEGETARIEN OUI / NON

Appareillage	Réponse
Lunettes : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?	OUI / NON
Appareil dentaire : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?	OUI / NON
Appareil auditif : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI / NON

Handicap	Réponse
Porteur de handicap : <i>Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?</i>	OUI / NON
Si oui, quel est/sont le(s) handicap(s) ou trouble(s) ?	

Pathologie	Réponse
Votre enfant a-t-il des pathologies médicales à savoir ?	OUI / NON
Si oui, lesquelles (précisez)	
Votre enfant a-t-il un traitement médical ?	OUI / NON
Si oui, lequel (précisez)	

LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR

Merci de fournir la photocopie des documents à jour suivants :

- Carnet de vaccinations à jour
- Assurance scolaire-extrascolaire (à fournir à la rentrée de septembre 2026)

ATTESTATION

Nous soussignés (*)

Responsables légaux de l'enfant (*)

- Nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche, certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels, autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande, attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

Responsable 1		Responsable 2	
Fait à :		Fait à :	
Date :		Date :	
Signature :		Signature :	

Service Jeunesse Municipal de DARVOY

Adresse postale : 27 Route d'Orléans 45150 DARVOY

Adresse de la structure : Venelle des écolières (à côté de l'école maternelle)

Téléphone : 02.38.59.79.36 – Mail : service-jeunesse@darvoy.fr